Aus dem Institut für Geschichte der Medizin
der Universität Düsseldorf

Direktor: Professor Dr. med. Hans Schadewaldt

Die Entwicklung des Leistungspotentials der Krankenhausmedizin im 20. Jahrhundert in Deutschland

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
der Medizinischen Fakultät der Universität Düsseldorf

vorgelegt von

Romana Drabik, geb. Kajetanowicz

1982

LIBRARY
LONDON
CLINIC

Die Entwicklung des Leistungspotentials der Krankenhausmedizin im 20. Jahrhundert in Deutschland

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41536505_0058

Aus dem Institut für Geschichte der Medizin
der Universität Düsseldorf

Direktor: Professor Dr. med. Hans Schadewaldt

Die Entwicklung des Leistungspotentials der Krankenhausmedizin im 20. Jahrhundert in Deutschland

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
der Medizinischen Fakultät der Universität Düsseldorf

vorgelegt von

Romana Drabik, geb. Kajetanowicz

1982

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Düsseldorf

Der Dekan
der Medizinischen
Fakultät der
Universität Düsseldorf
Prof. Dr. med.
Gunther Arnold

Referent
Prof. Dr. med.
Hans Schadewaldt

Korreferent
Prof. Dr. habil.
Siegfried Eichhorn

Meinem Ehemann und Sohn gewidmet

Vorwort

Obwohl diese Arbeit nur einen Verfasser hat, haben doch viele Menschen zu ihrem Entstehen beigetragen. Ihnen an dieser Stelle zu danken, ist mir ein aufrichtiges Bedürfnis.

Zunächst möchte ich Herrn Prof. Dr. Hans Schadewaldt, Direktor des Institutes für Geschichte der Medizin der Universität Düsseldorf, für die Anregung zu dieser Arbeit und Bereitstellung des Themas, für die freundliche und sachkundige Unterstützung und für viele richtungsweisende Ratschläge bei der Durchführung dieser Dissertation danken.

Ein besonderer Dank gilt Herrn Dr. Karl Jeute, Hauptgeschäftsführer des Verbandes der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands, Düsseldorf.

Ich danke auch

Herrn Prof. Dr. v. Manger-Koenig, Staatssekretär a.D., Präsident der Deutschen Zentrale für Volksgesundheitspflege,

Herrn Dr., Dr. Manfred Stürzbecher, Senator für Gesundheit und Umweltschutz, Berlin,

für die äußerst wertvollen Hinweise bei der Vorbereitung der vorliegenden Arbeit.

Ich danke ebenfalls der Abteilung Gesundheitswesen des Statistischen Bundesamtes Wiesbaden für ihre bereitwillige Hilfe.

Inhalt

Vorwort	P. 6
Gliederung der vorliegenden Arbeit	P. 7- 9
I. Einleitung	P. 10-11
II. Ziel der Untersuchung und ihre Methodik	P. 11-12
III. Die Entwicklung des Krankenhauswesens	P. 12-50
1. Zur Statistik der Krankenhäuser	P. 12-18
a) Das Krankenhaus der Kaiserzeit	P. 18-19
b) Das Krankenhaus der Weimarer Republik	P. 19-20
c) Das Krankenhaus im Dritten Reich	P. 21
d) Das Krankenhaus der Nachkriegszeit	P. 21-25
2. Zur Statistik der Ärzteschaft	P. 25-26
a) Ärzte nach Berufsausübung	P. 26-30
b) Ärzte in Krankenhäusern nach ihrer funktionellen Stellung	P. 30-31
c) Patienten pro Arzt mit Differenzierung nach funktioneller Stellung	P. 31-32
d) Planmäßige Betten pro Arzt	P. 32-33
e) Verhältnis zwischen Ärzten und leitenden Ärzten	P. 33
f) Vergleich zwischen Fachärzten und Ärzten ohne Facharzttätigkeit	P. 34-36
3. Zur Statistik des Pflegepersonals	P. 36-50
a) Entwicklung der Krankenpflege und statistische Angaben	P. 36-47
b) Entwicklung des Hebammenwesens und statistische Angaben	P. 47-50
IV. Schlußbetrachtung	P. 50-51
V. Literaturverzeichnis	P. 52-58

VI. Anhang

Tabellen P. 59-77

1. »Krankenhäuser, Betten, Kranke« P. 59-63
2. »Ärzte nach Berufsausübung« P. 64-68
3. »Ärzte in Krankenhäusern nach ihrer funktionellen Stellung« P. 69
4. »Verhältnis zwischen Ärzten und leitenden Ärzten« P. 70
5. »Planmäßige Betten pro Arzt« P. 71
6. »Patienten pro Arzt mit Differenzierung nach funktioneller Stellung« P. 72
7. »Vergleich zwischen Fachärzten und Ärzten ohne Facharzttätigkeit« P. 73
8. »Das Pflegepersonal« P. 74-77

Graphische Darstellungen P. 78-97

A Anzahl der Krankenhäuser von 1900-1977 P. 78

B Planmäßige Betten auf 100.000 Einwohner und im Durchschnitt pro Krankenhaus von 1900-1977 P. 79

C Stationär behandelte Kranke von 1900-1977 P. 80

D Stationär behandelte Kranke — Verweildauer in Tagen P. 81

E Durchschnittliche Bettenausnutzung P. 82

F Anzahl der Ärzte insgesamt, weibliche Ärzte P. 83

G Anzahl der Ärzte auf 100.000 Einwohner P. 84

H Ärzte hauptamtlich im Krankenhaus und in freier Praxis P. 85

I Hauptamtliche Ärzte in Krankenhäusern nach ihrer funktionellen Stellung P. 86

K Ärzte in Krankenhäusern P. 87

L Verhältnis zwischen Ärzten und leitenden Ärzten P. 88

M Planmäßige Betten pro Arzt und pro leitender Arzt P. 89

N	Patienten pro Arzt mit Differenzierung nach funktioneller Stellung	P. 90
O	Vergleich zwischen Fachärzten und Ärzten ohne Facharzttätigkeit	P. 91
P	Das Pflegepersonal insgesamt, weibl. Pflegepersonal	P. 92
R	Das Pflegepersonal auf 100.000 Einwohner	P. 93
S	Das Pflegepersonal im Krankenhaus und in freier Praxis	P. 94
T	Anzahl der Hebammen insgesamt	P. 95
U	Hebammen auf 100.000 Einwohner	P. 96
V	Hebammen im Krankenhaus und ambulant	P. 97

Lebenslauf P. 98

I. Einleitung

Wir leben in der sogenannten Informationsgesellschaft, dennoch und leider ist die Statistik ein Schreckwort für viele Menschen.

> »*Für die Mehrzahl bedeutet es lange, sinnlose Zahlenreihen. Für den aber, der den geistigen Schlüssel zu diesen Zahlen besitzt, sind sie die Lösung vieler Rätsel und Streitfragen in der Entwicklungsgeschichte der Menschheit.*« *(65, P. 5)*

Dieses Zitat steht bewußt am Anfang dieser Arbeit, die als statistische Arbeit verstanden werden soll und daher zum großen Teil aus statistischen Tabellen besteht — bestehen muß, denn nur eine Statistik ist geeignet, das komplexe Thema einerseits ausführlich, andererseits anschaulich zu behandeln.

Es wurde aus Gründen der Objektivität weitgehendst auf Angaben des Statistischen Bundesamtes in Wiesbaden zurückgegriffen, obwohl andere Quellen teilweise auch ausführliches Zahlenmaterial lieferten und deswegen in vorliegender Dissertation als Ergänzung Verwendung fanden.

Diese Arbeit stellt in Form einer stark differenzierten Statistik die Entwicklung der Krankenhausmedizin in Deutschland im Zeitraum von 1900 bis 1977 vor.

Die große Zeitspanne wurde aufgeteilt in:

a) Die Kaiserzeit

b) Die Weimarer Republik

c) Das Dritte Reich

d) Die Nachkriegszeit

Die vorliegende Statistik ist ein Konglomerat aus einer ganzen Reihe von Einzelstatistiken, die zu Tabellen verarbeitet wurden, die Angaben über folgende Gebiete machen:

1. Krankenhäuser, Betten, Kranke
2. Ärzte nach Berufsausübung
3. Ärzte in Krankenhäusern nach ihrer funktionellen Stellung
4. Verhältnis zwischen Ärzten und leitenden Ärzten

5. Planmäßige Betten pro Arzt
6. Patienten pro Arzt
7. Vergleich zwischen Fachärzten und Ärzten ohne Facharzttätigkeit
8. Das Pflegepersonal

Um eine schrittweise Betrachtung und Beurteilung der Entwicklung der Krankenhausmedizin zu ermöglichen, wurde die Aufteilung in Jahresabschnitte gewählt.

Die Quellenangaben zu dieser Arbeit geben Auskünfte über die Herkunft des in der Statistik verarbeiteten Zahlenmaterials.

II. Ziel der Untersuchung und ihre Methodik

Es soll das Ziel dieser Arbeit sein, Einzelstatistiken miteinander sinnvoll zu verbinden, um eine einheitliche, durchgehende Statistik zu gewinnen, vom Jahrhundertwechsel bis in die heutige Zeit.

Der Jahresrhythmus der tabellarisch aufgeführten Zahlen soll eine Vergleichsmöglichkeit bieten, gleichzeitig aber auch die Möglichkeit einräumen, nicht nur den Gesamtzeitraum von 77 Jahren, sondern auch kürzere Zeitabschnitte betrachten zu können. Auf diese Art wird eine genaue Darstellung der Entwicklung der Krankenhausmedizin erreicht.

Ferner wird angestrebt, das vorhandene Zahlenmaterial durch Aufteilung in Zeitabschnitte wie: Kaiserzeit, Weimarer Republik, Drittes Reich und Nachkriegszeit transparenter zu machen durch Erläuterungen der politischen und auch wirtschaftlichen Gegebenheiten, die häufig voraussetzende Faktoren für die Entwicklung des Leistungspotentials der Krankenhausmedizin waren.

Zusätzlich wurden graphische Darstellungen angefertigt. Sie sollen

a) einen Überblick ermöglichen über die Entwicklung des Krankenhauswesens der Jahrzehnte des 20. Jahrhunderts,

b) proportionale Entwicklungstendenzen beurteilen helfen,

c) übersichtliche Angaben über das Leistungspotential der Krankenhausmedizin verschaffen.

Dadurch erübrigen sich weitere Analysen des beigefügten Zahlenmaterials.

Zur Methodik ist zu bemerken, daß die Schwierigkeit bei der Erstellung einer Statistik darin besteht, unterschiedliche Angaben in einer Tabelle zusammenzufassen, um im Vergleich der Zahlen miteinander sinnvolle Ergebnisse zu erlangen. Dabei läßt es sich aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht vermeiden, Tabellen zu teilen, da bei zu vielen Rubriken die Transparenz leidet.

Um die Entwicklung der Krankenhausmedizin möglichst übersichtlich darzustellen, wurden Tabellen unter verschiedenen im Zusammenhang stehenden Gesichtspunkten erstellt, die über den Zeitraum von 77 Jahren vergleichbar zu verfolgen sind, d.h., die die Entwicklung der Krankenhäuser, der Ärzteschaft und des Pflegepersonals zahlenmäßig widerspiegeln.

III. Die Entwicklung des Krankenhauswesens

1. Zur Statistik der Krankenhäuser

Die Bundespflegesatzverordnung vom 31.08.1954 gibt folgende Definition für Krankenhäuser:

> »*Krankenhäuser sind Anstalten, in denen Kranke untergebracht und verpflegt werden und in denen durch ärztliche Hilfeleistung erstrebt wird, Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festzustellen, zu heilen oder zu lindern.*«
> *(50, P. 53)*

Aufgrund dieser Definition ist festzuhalten, daß das Krankenhaus außer dem Gebäude und dem Inventar auch die Summe aller in ihm beschäftigten Personen und Patienten ist.

Von daher ist es für die vorliegende Arbeit unumgänglich, die Einheit »Krankenhaus« differenzierter zu betrachten. Dies sollen statistische Untersuchungen über Krankenhäuser, Ärzteschaft und Pflegepersonal leisten.

Bevor detaillierte Angaben zur Statistik der Krankenhäuser im 20. Jahrhundert gemacht werden, scheint es erforderlich zu sein, sich mit den Veränderungen zu beschäftigen, denen das Krankenhaus in seiner Entwicklungsgeschichte bis heute unterworfen war.

Ein kurzer geschichtlicher Einblick, der zwar den Rahmen dieser Arbeit zu sprengen scheint, ist für den Nachweis der Entwicklung und Bedeutung des Krankenhauses meines Erachtens nach relevant.

Im klassischen Altertum waren Hospitäler noch nicht bekannt. Es ließen sich aber Einrichtungen in den Tempelbezirken nachweisen, die den Pilgern zum Übernachten dienten.

Die berühmten Tempel, z.B. Apollo Heiligtümer, die seit etwa 600 v. Chr. Ziel vieler Wallfahrer waren, beherbergten Hilfesuchende. (44, P. 2)
Etwa 500 v. Chr. errichtete man Pilgerherbergen bei Tempeln, die fast ein Jahrtausend lang existierten und die dem Asklepios geweiht wurden. Diese, Asklepieien genannt, wurden an der kleinasiatischen Küste, aber auch in Mittelmeerländern und in Nordafrika nachgewiesen. Eine andere Art von uns durch Ausgrabungen bekannten hospitalähnlichen Einrichtungen sind Valetudinarien der Römer. Sie befanden sich an den Grenzen des Römischen Reiches und dienten als Einrichtungen zur Behandlung und Heilung der Kranken und Verwundeten.
Valetudinarien waren nicht nur für römische Soldaten bestimmt, sondern auch für Sklaven auf den Latifundien. Recht genau bekannt ist z.B. das Valetudinarium in Vetera bei Xanten am Niederrhein, das vor dem Jahre 54 v. Chr. gegründet wurde. (44, P. 4)

Das Hospital als solches entstand erst auf dem Boden christlicher Gedankengänge (53, P. 29). BASILIUS DER GROSSE gründete 370 n. Chr. in Ostanatolien vor der Stadt Caesarea eine Anstalt für Hilfsbedürftige (44, P. 6). Pilger, Arme, Kranke und Alte fanden hier Unterkunft und Hilfe.

Im Anschluß an diese Gründung folgten andere. (44, P. 7) So entstanden die ersten Xenodochien nicht nur im Osten, sondern auch im Westen.
Die Nächstenliebe im Christentum beeinflußte das Denken und Handeln der Menschen den Kranken und Armen gegenüber. Um es zu verdeutlichen, wird folgendes zitiert:

> »*Nachdem wohl erstmals im 4. nachchristlichen Jahrhundert in Caesarea vom Bischof BASILIOS DEM GROSSEN ein erstes Xeno- und Gerokodochion, ein Asylhaus für*

fremde Pilger und alte unbemittelte Personen errichtet worden ist, breitete sich dieser Hospitalgedanke dann schnell, vor allem im ehemaligen römischen Machtbereich auf der Basis der Vorstellungen von den sieben Werken der Barmherzigkeit aus, zu denen neben den Postulaten, Nackte zu kleiden, Hungrige zu speisen, Durstige zu tränken, Gefangene zu besuchen und Pilger und Arme zu beherbergen auch die Pflege der Kranken und die Beerdigung der Verstorbenen gehörte.« (53, P. 29 ff.)

»Die Bedeutung, die gerade der Krankenpflege als einer besonderen Form des Gottesdienstes für den Christen und insbesondere für den Mönch zukam, wird kaum deutlicher offenbar als in dem berühmten Paragraphen der Benediktiner-Regel, in dem Mönchen als besondere Aufgabe die Sorge für die Kranken anempfohlen wurde. Es heißt dort: »Infirmorum cura ante omnia et super omnia adhibendum decet.« (53, P. 30)

Die Hospitäler des Mittelalters, die infolge von Gründungen der Klöster, Bischöfe oder Herrscher entstanden, trugen die Sorge vorerst um die Seele der Kranken. Das Leiden und die Heilung des Körpers standen im Hintergrund. Diese Einstellung wird verständlich in Anbetracht der damaligen Überzeugung vom Primat der Seele über den Körper wie auch der sozialen Situation, die dazu beitrug, daß nur Schwerkranke, Unheilbare, die Ärmsten der Armen, die hilflosen Alten und durchreisende Pilger in Hospitälern Unterkunft fanden.
Patienten, die materiell gesichert waren, ließen sich in ihren Häusern behandeln. (53, P. 33)

Im Zeitraum vom Mittelalter bis ins 18. Jahrhundert entstanden die ersten Spezialanstalten. Es waren Heime für Lepröse, für Pestkranke und für Irre.

Kranke, die durch eine Lepraschau als aussätzig bezeichnet wurden, brachte man in Leprosorien unter und isolierte sie dort lebenslänglich, ohne ihnen eine ärztliche Betreuung zuteil werden zu lassen. (53, P. 34 ff.) Die Pesthäuser dagegen, auch »Lazarett« genannt, wurden von Stadtärzten betreut. Strenge Quarantänebestimmungen verhinderten die Verbreitung der Krankheit. Die Irrenfürsorge hatte im Vergleich zu den Pesthäusern und Lepraheimen einen eigenartigen Charakter. Es gab keine

Anstalten, die gezielt den Geisteskranken dienten. Tobsüchtige Kranke brachte man in »Tollkoben« und »Dorenkasten« unter oder beherbergte sie in Zucht- bzw. Tollhäusern. Die beiden Letztgenannten waren sowohl Unterkunft für Geisteskranke wie auch für Kriminelle, mit der Zeit auch für Arme und Waisen (53, P. 34).

Im 18. Jahrhundert entstand eine neue Form der Krankenanstalt, das »Allgemeine Krankenhaus«, z.B. in Berlin die Charité 1710 oder das 1784 von Kaiser JOSEPH II. in Wien gegründete Allgemeine Krankenhaus.
Im 19. Jahrhundert folgten ähnliche Einrichtungen z.B. in Hamburg 1820-23, in München 1908-13, in Stuttgart 1820-27, in Bremen 1849-50.
Diese Krankenhäuser dienten als Behandlungsanstalten für Kranke mit fast allen Krankheiten und waren für die Bevölkerung aller Schichten und Klassen geöffnet (53, P. 40).
Das Angebot, sich im Krankenhaus behandeln zu lassen, fand aber kein positives Echo bei den Bürgern.

> *»Nach wie vor war das Krankenhaus eine Stätte der Armut und des Elends, und jeder einigermaßen gut situierte Bürger zog es vor, sich auch bei schweren Krankheiten in seinem Privathaus von dem Arzt seiner Wahl behandeln zu lassen und dachte nicht daran, das Krankenhaus aufzusuchen« (53, P. 41).*

Die hohe Mortalität, verursacht durch abschreckende hygienische Verhältnisse, hielt die Menschen ab, sich im Krankenhaus behandeln zu lassen.

Im Laufe des 19. Jahrhunderts ereigneten sich medizinische Neuerungen, die rasch dazu beitrugen, das Ansehen des Krankenhauses, seine Bedeutung und Leistungen zu ändern. Folgendes Zitat soll diese Aussage verdeutlichen:

> *»Die drei großen Errungenschaften der Medizin des 19. Jahrhunderts, die Einführung der Narkose um 1847 und der Anti-und Asepsis 1867 und 1886 trugen zweifelsohne in erster Linie dazu bei, die Schwellenangst vor dem Krankenhaus zu überwinden. Weil nunmehr auch große chirurgische Eingriffe, zuerst im Bauchraum und später auch im Thorax, die nur im Krankenhaus durchzuführen waren,*

möglich wurden, verlagerte sich ein Großteil der therapeutischen Maßnahmen in diese neuen Krankenhaustypen, die nunmehr nach Abteilungen gegliedert und auf die besonderen Belange der chirurgischen, aber auch der konservativen Fächer mit spezialisierter Diagnostik eingerichtet wurden. Die Entdeckung der Röntgenstrahlen 1895, die Einführung der Elektrokardiographie 1903 und der Endoskopie bereits in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts trugen zu diesem Umschwung bei, und die differenzierten Operationsverfahren auf dem Gebiet der Augen- und Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde konnten nur noch im Krankenhaus angeboten werden« (53, P. 42).

Jedoch haben nicht nur Fortschritte in Wissenschaft und Technik, sondern auch politische und wirtschaftliche Ereignisse sehr stark die Entwicklung des Krankenhauswesens beeinflußt.

Zwei Ereignisse aus dem 19. Jahrhundert waren entscheidend für die Entwicklung des Krankenhauswesens. 1872 wurde das Statistische Reichsamt gegründet, das seinen Ursprung auf den »Deutschen Zollverein« zurückführt (6, 1921/1922 P. III), und 1881 wurde im Deutschen Reich die soziale Krankenversicherung eingeführt (50, P. 47).

Aus Veröffentlichungen des kaiserlichen Gesundheitsamtes geht hervor, daß 1880, also noch vor der Einführung der sozialen Krankenversicherung in Deutschland, 2544 Heilanstalten mit insgesamt 119.172 Betten zur Verfügung standen (1, P. 125).

Nach Einführung der Krankenversicherung im Jahre 1881 stieg die Zahl der Anstalten deutlich (50, P. 47).

Folgende Angaben verdeutlichen dieses:

Im Jahre	Krankenhäuser	Bettenzahl
1880	2544	119.172
1881	2559	123.132
1882	2521	127.692
1883	2617	133.945
1884	2655	137.777
1885	2717	144.246

Im Jahre	Krankenhäuser	Bettenzahl
1886	2817	152.038
1888	2936	165.555
1889	2992	172.609
1891	3121	188.518
1892	3184	198.068
1894	3329	213.525
1895	3357	218.040
1896	3417	224.452
1897	3524	232.970
1898	3631	242.398
1899	3714	246.726

(1, P. 125)

Die Einführung der Krankenversicherung bewirkte, daß sich in weniger als zwei Jahrzehnten die Zahl der Krankenhäuser um 1170 erhöhte und die Bettenzahl mehr als verdoppelte.

Soweit zu den Zahlen, die uns aus dem 19. Jahrhundert zur Verfügung stehen.

Es ist außerordentlich schwierig, umfassendes Zahlenmaterial aus dieser Zeit zu erhalten, da vor der Gründung des Statistischen Reichsamtes nur sehr dürftiges, hauptsächlich allgemein gehaltenes Material vom »Zollverein« statistisch festgehalten wurde (6, 1921/22, P. III). Dies stellt keine Herabminderung der damaligen Aktivitäten dar, es bestand nun einmal keine Notwendigkeit der statistischen Archivierung. Erst seit der Jahrhundertwende stehen Zahlen zur Verfügung, die es überhaupt ermöglichen, diese Arbeit zu erstellen.

Für das Krankenhaus des 20. Jahrhunderts ist eine volle Technisierung bei gleichzeitiger Zersplitterung der medizinischen Fachgebiete charakteristisch. Die komplizierte medinzinische Apparatur konnte nur im Krankenhaus Anwendung finden. Dadurch wurde das moderne, technisierte Krankenhaus Mittelpunkt ärztlicher Diagnostik und Therapie. Die Behandlung der Kranken verlagert sich somit ins Krankenhaus, in dem das fachliche, wissenschaftliche, medizinische Handeln an erster Stelle steht. Darüber hinaus wird die volle Funktionsfähigkeit durch Verwaltungsleiter gewährleistet, die — mit speziellen

Kenntnissen ausgerüstet — eine bedeutende Rolle im modernen Krankenhaus unserer Tage erfüllen (53, P. 29).

Seit fast 30 Jahren verfügt das Krankenhauswesen über eine sehr wichtige Neuerung: das Krankenhausinstitut. Es dient der Beratung im Krankenhausbereich sowie der Forschung und Lehre.

Das wachsende Interesse für die Hospitalgeschichte zeigt nicht nur die vermehrte literarische Produktion, sondern auch die Gründung einer eigenständigen »Deutschen Gesellschaft für Krankenhausgeschichte« im Jahre 1964 (53, P. 27).

Im Vorangegangenen wurde bisher die Entwicklung im Bereich des Krankenhauswesens nur allgemein beschrieben.
Erst statistische Angaben jedoch ermöglichen eine präzise Darstellung des Leistungspotentials der Krankenhausmedizin des 20. Jahrhunderts.

a) **Das Krankenhaus der Kaiserzeit (1900-1918)**

Von 1900 bis 1913 stieg die Zahl der Krankenhäuser rapide von 3816 auf 4930, die der Betten von rund 256.000 auf 462.000 (1, P. 125).

Der 1. Weltkrieg führte nicht nur zu einer Stagnation, sondern im Laufe der Kriegsjahre sogar zu einem Rückgang. Bis zum Jahre 1918 sank die Zahl der Krankenhäuser von 4930 auf 4430.

Der Krieg ließ keine Investitionen zu, jedoch war eine Erhöhung der Zahl der Krankenhäuser nicht notwendig, denn die durchschnittliche Bettenausnutzung sank in den Kriegsjahren von 73,3 % kontinuierlich auf 63,2 %.

Bei der Betrachtung eines »durchschnittlichen Krankenhauses« der Kaiserzeit — gemeint ist damit ein nicht real existentes, sondern theoretisch durch den Verfasser erdachtes Krankenhaus, das aufgrund von Durchschnittswerten pro Jahr errechnet wurde, um bessere Vergleichsmöglichkeiten zu bieten — sieht man deutlich, daß es eine Tendenz zum Bau größerer Krankenhäuser und zur Vergrößerung bestehender kleinerer Krankenhäuser gab.

Die Zahl der planmäßigen Betten im »durchschnittlichen Krankenhaus« stieg in den Jahren von 1900 bis 1918 von 67 auf 107 an.

Die Zahl der stationär behandelten Kranken stieg von 1.374.600 im Jahre 1900 auf 2.639.100 im Jahre 1918. Bezogen auf 100.000 Einwohner, bedeutete das eine Steigerung behandelter Patienten von 2453 auf 3950 pro Jahr.

Die Statistik der Kaiserzeit enthält alle Krankenanstalten mit mehr als 11 Betten (6, 1927, P. 432), wovon ca. 2/3 öffentliche und 1/3 private Anstalten waren.

Aus der Tabelle ist auch zu entnehmen, daß 100.000 Einwohnern im Jahre 1900 nur 457, im Jahre 1918 bereits 708 Betten zur Verfügung standen.

b) **Das Krankenhaus der Weimarer Republik (1918-1933)**

In den Anfangsjahren stieg die Zahl der Krankenhäuser von 4430 im Jahre 1918 auf 4501 im Jahre 1922. Nachdem die Folgen der Inflation überwunden waren, setzte sich die Steigerung im Jahre 1926 von 4489 auf 4938 im Jahre 1933 fort.

Der Bevölkerung standen pro 100.000 Einwohner mit kontinuierlicher Steigerung von 708 im Jahre 1918 bis 907 Betten im Jahre 1933 zur Verfügung.

Die erst seit 1877 bestehende Statistik der Heilanstalten wurde in der Weimarer Republik im Jahre 1931 reorganisiert. Den Begriff »Heilanstalt« ersetzte man durch den Begriff »Krankenanstalt«. Eine neue Erhebungsmethode trug zur Detaillierung der Statistik bei (6/1933, P. 502 ff.).

Die statistischen Landesämter versandten Fragebogen, die in vier Fragenkomplexe aufgeteilt waren:

1. Name, Sitz, Zweckbestimmung und Träger des Krankenhauses,
2. Zahl der Abteilungen und Betten sowie eingehende Erhebung über das Anstaltspersonal,
3. Auskunft über die Bewegung der Kranken,

4. Auskunft über Entbindungen

a) bei Entbindungsanstalten

b) bei Krankenhäusern ohne besondere Abteilung

c) über Lebend- und Totgeborene in allen Anstalten

Diese Fragebogen liefen über die Gesundheitsämter wieder an die statistischen Landesämter zurück.

Nicht von geringer Bedeutung ist die Tatsache, daß die Krankenhausstatistik neu geregelt wurde. Von diesem Zeitpunkt an wurden auch private Anstalten, die weniger als 11 Betten hatten, in die Statistik einbezogen.

Ausgehend von der Gesamtzahl der Krankenhäuser (1, P. 125), 1931 waren es 4951, von denen 486 über weniger als 11 Betten verfügten, kann man von dem Verhältnis 2/3 öffentliche, 1/3 private Anstalten den Schluß ziehen, daß rund 160 Krankenhäuser zwar neu in die Statistik aufgenommen, aber nicht neu erbaut wurden.
Aus statistischen Jahrbüchern über Art und Größe der Krankenhäuser geht z.B. hervor, daß 1931

75 Krankenhäuser über 1.000 Betten,
152 Krankenhäuser über 501 - 1.000 Betten,
184 Krankenhäuser über 301 - 500 Betten,
517 Krankenhäuser über 151 - 300 Betten,
1451 Krankenhäuser über 51 - 150 Betten,
1128 Krankenhäuser über 21 - 50 Betten,
958 Krankenhäuser über 11 - 25 Betten,
486 Krankenhäuser über 10 und weniger Betten

verfügten.

Die Aufteilung der Krankenhäuser nach ihren Trägern, d.h. öffentliche und private, blieb in der Weimarer Republik erhalten. Eine Tendenz wird jedoch deutlich: Die Zahl der öffentlichen Anstalten und deren planmäßige Bettenzahl nahm zu, während sie sich bei den privaten Krankenhäusern reduzierte (6/1933, P. 503).

c) **Das Krankenhaus im Dritten Reich (1933-1945)**

Die neue Ideologie des Nationalsozialismus beeinflußte auch das Krankenhauswesen. In der Statistik spiegelte sich von Jahr zu Jahr die Auflösung der jüdischen Krankenhäuser und die Schließung der Anstalten für Geisteskranke und Verkrüppelte wider. Die Tatsache, daß jüdischen, geisteskranken und verkrüppelten Patienten keine Überlebenschance eingeräumt wurde, senkte deutlich die Zahl der Krankenhäuser von 4938 im Jahre 1933 auf 4608 im Jahre 1939 (37, P. 318).

Das »durchschnittliche Krankenhaus« im Dritten Reich hatte 130 Betten. Die Zahl der stationär Behandelten und auch die Bettenausnutzung stieg an.

Die in der Weimarer Republik eingeführte neue Erhebungsmethode wurde während der Kriegsjahre nicht weitergeführt, so daß die Kriegsjahre statistisch gar nicht erfaßt wurden.
Das Gleiche gilt für die Nachkriegszeit von 1945 bis 1948.

Das Fehlen jeglicher Angaben ist zurückzuführen auf:

a) fehlende Aufzeichnungen

b) Verlust durch Bombardierung der Archive

c) Nichtveröffentlichung durch die Besatzungsmächte

d) **Das Krankenhaus der Nachkriegszeit (1945-1977)**

An die nur teilweise vorhandenen Zahlen von 1939 schließen sich nach einer Lücke von zehn Jahren, die nach der maßgeblichen Aussage des Statistischen Bundesamtes in Wiesbaden nicht mehr zu schließen ist, die Zahlen von 1949 an, dem Gründungsjahr der Bundesrepublik Deutschland.

Nach Kriegsende verlangten die vier Besatzungsmächte **Berichterstattungen** über das Gesundheitswesen, die sich jedoch nur auf einige **wichtige Angaben** beschränkten, z.B. Seuchen, Todesfälle etc..

Aus den in allen Besatzungszonen unterschiedlichen, nach verschiedenen Kriterien zusammengefaßten Angaben

wurde erstmalig im Jahre 1949 eine für das Bundesgebiet gültige Statistik erarbeitet.

Das Statistische Bundesamt begann seine Bemühungen um eine Vereinheitlichung der Statistik des Gesundheitswesens im Jahre 1949, als die Abteilung »Bevölkerungsstatistik« ihre Arbeit aufnehmen konnte. Die Erfolge der Koordinierungsarbeiten deuten sich in den Zahlen des Jahres 1950 an und sind in denen des Jahres 1951 deutlich erkennbar.

Die Vereinheitlichung der Statistiken der Besatzungszonen und die der Statistischen Landesämter der neu gegründeten Bundesrepublik Deutschland war eine der wesentlichen Grundaufgaben des Statistischen Bundesamtes und die Basis der heutigen Bundesstatistik, die die an sie gestellten Erfordernisse entsprechend laufend erweitert.

Der 2. Weltkrieg hinterließ große Zerstörungen. Aus dem Bereich des Deutschen Caritas-Verbandes wurden folgende Zahlen veröffentlicht:

5 % der Krankenanstalten wurden total zerstört,

19 % der Krankenanstalten wurden schwer beschädigt,

16 % der Krankenanstalten wurden mittelschwer beschädigt,

28 % der Krankenanstalten wurden leicht beschädigt,

32 % der Krankenanstalten wurden nicht beschädigt

(50, P. 48).

Wieder instandgesetzte Krankenhäuser, die zunächst als Militärhospitäler ausgestattet und genutzt wurden, wurden Schritt für Schritt mit Inventar der deutschen Zivilbevölkerung übergeben.
Forschungsbetriebe und Laboratorien wurden von der Demontage verschont und durften unter sich ständig lockernder Aufsicht durch die Besatzungsmächte wieder tätig werden und Arzneien produzieren, die in den Krankenhäusern dringend benötigt wurden.

1949 wurde die Bundesrepublik Deutschland gegründet. Aus den bescheidenen Anfangsverhältnissen, wofür auf

dem Gebiet des Krankenhauswesens die Besatzungsmächte den Grundstein gelegt hatten, entstand ein fundiertes Gesundheitswesen, das sich mit dem »Wirtschaftswunder« weiterentwickelte und zur internationalen Anerkennung gelangte. Die Vergangenheit mit all ihren Schwierigkeiten auf dem Gebiet des Krankenhauswesens und der Krankenbetreuung wurde weitgehendst bewältigt.

Das Krankenhaus der heutigen Zeit ist geprägt durch ein deutliches Anwachsen der Fachabteilungen. Man erkennt die Tendenz zur modernen Großanstalt. Vergleicht man die Zahl des Jahres 1949 mit der von 1977, so stellt man ein Anwachsen fest, das mit 183 Krankenhäusern gering erscheint. Erst ein Vergleich der Zahlen der planmäßigen Betten läßt erkennen, daß das »durchschnittliche Krankenhaus« von Jahr zu Jahr größer geworden ist. Hatte es 1949 noch 156 Betten, so verfügte es 1977 bereits übber 226 Betten. Die Vergrößerung der Krankenanstalten ist eng verbunden mit der Entwicklung der Medizin-Technik.

Moderne, volltechnisierte Medizin ist nur in einer großen Einheit praktizierbar. Der technische Fortschritt der Medizin erzwingt geradezu aus medizinischen, betrieblichen und wirtschaftlichen Gründen den Ausbau von Schwerpunkt-Krankenhäusern. Die technischen Möglichkeiten verkürzen die stationäre Behandlung.

Die Verweildauer, errechnet nach der Formel

$$\frac{\text{Pflegetage x 2}}{\text{Zugang + Abgang}} = \text{Verweildauer,}$$

zeigt eine deutlich fallende Tendenz.

Eine Verkürzung der Verweildauer ermöglicht eine Vermehrung des Patientendurchgangs.
Greift man z.B. die Zahlen von 1953 - (5.216.500) - und 1977 -(10.931.300) - heraus, so stellt man fest, daß sich die Zahl der stationär behandelten Kranken verdoppelt hat.

Aus der gesellschaftspolitischen Entwicklung hat sich die Verpflichtung des Staates ergeben, die Krankenhilfe als Pflichtaufgabe zu erklären. Der Anspruch der Bürger auf

optimale medizinische Hilfe begründete die Notwendigkeit einer überregionalen und einer regionalen Krankenhausplanung. So entstanden Großkrankenhäuser, spezialisierte Vollkliniken mit modernster Einrichtung und beruflich qualifiziertem Personal. Dadurch wurde erreicht, daß das Leistungspotential des Krankenhauses unserer Zeit enorm angestiegen ist.

Die Aufteilung der Krankenhäuser nach ihren Trägern ist differenziert (50, P. 53).
Man unterscheidet »öffentliche«, »freie gemeinnützige« und »private« Krankenanstalten.

> *»Öffentliche Krankenhäuser gehören Gemeinden, Gemeindeverbänden (Landkreisen, Landschaftsverbänden usw.), Ländern, Sozialversicherungen, dem Bund. Freie gemeinnützige Krankenhäuser haben Kirchengemeinden, caritative Genossenschaften, freie gemeinnützige Vereine, Verbände, Stiftungen zu Trägern. Private Krankenhäuser gehören Ärzten oder sonstigen Privatpersonen« (50, P. 53 ff.).*

> *»Nach Art der Krankenhäuser wird zwischen Krankenhäusern für Akut-Kranke und Sonderkrankenhäusern unterschieden. In den Akutkrankenhäusern werden alle Arten von Erkrankten behandelt. Charakteristisch für diese Art von Krankenhäusern ist ihre gleichmäßige Streuung über das gesamte Bundesgebiet und die relativ kurze Verweildauer der Patienten. Unter Sonderkrankenhäusern versteht man Krankenhäuser, die nur Kranke mit bestimmten Krankheiten behandeln. Sie haben meist einen überörtlichen Einzugsbereich und nehmen insbesondere Kranke zur längeren Behandlung auf. Zu den Sonderkrankenhäusern gehören die Kurkrankenhäuser, Krankenhäuser für Psychiatrie (früher: Heil- und Pflegeanstalten), Krankenhäuser für Psychiatrie und Neurologie sowie die Krankenhäuser für Tuberkulosekranke, daneben aber auch alle sonstigen Krankenhäuser, die nicht unmittelbar auf die Behandlung Akutkranker ausgerichtet sind« (35, P. 220).*

Die aktuellen Entwicklungstrends sollen zusammengefaßt werden mit den Worten Prof. HANS-WERNER MÜLLERS,

(geb. 1921), dem Hauptgeschäftsführer der »Deutschen Krankenhausgesellschaft«, dargelegt auf dem IX. Internationalen Krankenhaus-Symposium zum 25jährigen Bestehen des Deutschen Krankenhausinstituts in Düsseldorf 1979.

> *»Die medizinische Wissenschaft schreitet rasch fort; damit einher gehen Medizintechnik und Apparatemedizin. Der Trend zieht zu einer stärkeren Differenzierung und Subspezialisierung der Medizin. Die Krankenhäuser sind gezeichnet von wachsender Ökonomisierung, Industrialisierung und durch vom Gesetzgeber induzierte Leistungsausweitung.*
> *Das familiäre und berufliche Umfeld der Patienten hat die Umwelt der Hospitäler verändert« (69, P. 924).*

2. Zur Statistik der Ärzteschaft

Die Entwicklung des Krankenhauswesens ist unmittelbar verbunden mit den Entwicklungstendenzen in der Ärzteschaft. Die Tatsache der gegenseitigen Abhängigkeit wurde betont und deutlich gemacht beim IX. Deutschen Krankenhaustag 1977 in Hannover. Der Ärztekammer-Präsident Niedersachsens, Gerhard JUNGMANN (1910-1981), äußerte:

> *... Es liegt in der Natur der Sache, es ist keine Kameraderie. »Keiner von uns beiden, Krankenhäuser oder Ärzte, können davon ausgehen, in diesem gegenseitigen Verhältnis die führende Rolle zu spielen. Wie immer das Verhältnis zwischen Krankenhaus und Ärzten aich im einzelnen beschaffen sein mag, die Tatsache, daß Ärzte und Krankenhäuser, Krankenhäuser und Ärzte, aufeinander angewiesen sind, steht außer Zweifel, so daß man es beinahe gar nicht aussprechen mag« (68, P. 38).*

Es ist überraschend, daß in den Anfängen der Statistik wohl Zahlen über Krankenhäuser, nicht aber vollständige Zahlen über Ärzte festgehalten wurden.
Mit großer Wahrscheinlichkeit ist diese Tatsache zurückzuführen auf die umstrukturierte Denkweise über das Krankenhauswesen.

Während man heute ein Krankenhaus als eine Einheit betrachtet, zu der Gebäude, Einrichtungen, Geräte, Ärzte, Pflegepersonal, Betten und Kranke gehören, hat man früher die Krankenhäuser nur als Unterbringungsstätten für Kranke gesehen. Dies scheint der Grund für die anfänglich so sehr sparsamen statistischen Angaben über das Krankenhauspersonal zu sein. Dabei ist verwunderlich, daß exakte Zahlenangaben zwar über Veterinärmedizin in den Statistiken vorkommen, diese im Bereich der Humanmedizin leider aber nicht mit der gleichen Regelmäßigkeit und nicht in vergleichbarem Ausmaß erscheinen. Bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts bestand eine Differenzierung der Ärzte nach ihrer Ausbildung (promovierte Ärzte, Wundärzte erster und zweiter Klasse). Im Jahre 1852 führte man eine einheitliche Ausbildung der Ärzte ein (38, P. 211). Über diese Aussagen existieren keine statistischen Angaben, da das Statistische Reichsamt erst 1872 gegründet wurde.

Um die Entwicklung des Leistungspotentials der Ärzteschaft vorzustellen, wurden folgende Tabellen angefertigt:

a) Ärzte nach Berufsausübung

b) Ärzte in Krankenhäusern nach ihrer funktionellen Stellung

c) Patienten pro Arzt mit Differenzierung nach funktioneller Stellung

d) Planmäßige Betten pro Arzt

e) Verhältnis zwischen Ärzten und leitenden Ärzten

f) Vergleich zwischen Fachärzten und Ärzten ohne Facharzttätigkeit.

ad a) Die Tabelle differenziert nach Ärzten, die 1. ihre hauptamtliche Tätigkeit in Krankenhäusern und 2. in freier Praxis ausüben.

Die zusätzliche Angabe der Gesamtzahl der Ärzte verschafft eine Vergleichsmöglichkeit zu den bereits vorher erwähnten Ärztegruppen.

Da sich der Gebietsstand häufig veränderte, wurde die Anzahl der Ärzte auf 100.000 Einwohner berechnet, um

einen genauen Einblick in die Bevölkerungsversorgung zu gewinnen.

Die Angaben der Anzahl weiblicher Ärzte verschaffen die Vergleichsmöglichkeit mit denen »männlicher Kollegen« und erlauben einen Einblick in den erheblichen Entwicklungsprozeß.

In der Rubrik »andere« wurden die Ärzte erfaßt, die in dieser Tabelle bisher noch keine Berücksichtigung fanden.

Die Gesamtzahl der Ärzte im Deutschen Reich zum Jahrhundertwechsel betrug 27.374. Das entsprach 52 Ärzte pro 100.000 Einwohner. Die Zahl stieg zwar langsam, aber doch deutlich an und erreichte im Jahre 1909 den statistisch nachgewiesenen Stand von 31.969, von denen der weitaus geringere Teil — 3.086 — hauptamtlich in Krankenhäusern tätig war, während 25.478 Ärzte frei praktizierten.
Dies läßt den Rückschluß zu, daß das Krankenhaus zu dieser Zeit noch weit davon entfernt war, die bedeutsame Rolle zu spielen, die ihm heute zukommt.
Zu dieser Zeit dominierte die sowohl in der Ärztepraxis als auch im Haus des Patienten ambulant geleistete Hilfe.

Zur Zeit der Weimarer Republik stieg die Zahl der Ärzte an: Im Jahre 1924 von 40.139 (64 pro 100.000 Einwohner) auf 52.217 im Jahre 1932 (80 pro 100.000 Einwohner). Dabei differenziert die Statistik leider nur teilweise nach Krankenhausärzten und frei praktizierenden Ärzten.

Im Dritten Reich war eine rückläufige Tendenz zu beobachten. Obwohl die Gesamtzahl der Ärzte erheblichen Schwankungen unterworfen war, erwies sie sich zum Kriegsbeginn doch geringer als im Jahre 1931.
Die Ärztezahl pro 100.000 Einwohner ging im Jahre 1934 von 79 auf 70 im Jahre 1939 zurück, wobei zu berücksichtigen ist, daß die statistischen Angaben für die Jahre 1938 und 1939 noch auf dem Gebietsstand von 1937 basieren.

Für den Zeitraum von 1940 bis 1950 fehlen statistische Angaben über die Ärzteschaft. Trotz erheblicher Bemühungen ist diese Lücke grundsätzlich nicht zu schließen.

Für die Jahre 1945 - 1949 lassen sich jedoch aufgrund statistisch nachgewiesener Zahlen approbierter Ärzte Schätzzahlen errechnen (8, 1954, P. 78).

1946 1538 approbierte Ärzte,
1947 3015 approbierte Ärzte,
1948 3795 approbierte Ärzte,
1949 3844 approbierte Ärzte,
1950 2949 approbierte Ärzte.

Ausgehend von der statistisch belegten Gesamtzahl der Ärzte in der Bundesrepublik Deutschland, die für das Jahre 1950 mit 63.391 angegeben wurde, erhält man durch Subtraktion der 2949 Ärzte, die im Jahre 1950 ihre Approbation erhielten, eine Schätzzahl von 60.442 Ärzten.

Analog dieser Verfahrensweise wurden weiter folgende Schätzzahlen durch den Verfasser errechnet: für

1948 56.598 Ärzte,
1947 52.803 Ärzte,
1946 49.788 Ärzte,
1945 48.250 Ärzte.

Diese Schätzzahlen berücksichtigen bei ihrer Errechnung jedoch nicht die Zahl der Ärzte, die aus verschiedenen Gründen aus dem Berufsleben ausgeschieden sind. Aus diesem Grunde ist es lediglich eine gewisse, nur scheinbare Ausfüllung einer Statistik-Lücke, da sie kein exaktes Zahlenmaterial darstellt, nur dem Überblick dient, aber keinesfalls in eine Tabelle aufgenommen werden kann.

Dann wurde erst wieder nach dem Krieg, im Jahre 1950, die Ärzteschaft statistisch erfaßt. Bei einer Gesamtzahl von 63.391 Ärzten versorgten 132 Ärzte 100.000 Einwohner. Obwohl sich im Vergleich zur Zeit der ersten Hälfte

des 20. Jahrhunderts die Aufteilung der Ärzte nach Berufsausübung änderte, war die Zahl der frei praktizierenden Ärzte immer noch deutlich größer als die der Krankenhausärzte. Auch zehn Jahre später überwog die Zahl der Praxisärzte mit 49.225 gegenüber der der Krankenhausärzte mit 22.578, jedoch wurden 100.000 Einwohner im Jahre 1960 schon von 142 Ärzten versorgt.

Im Laufe der sechziger und siebziger Jahre änderte sich das Verhältnis: Die Zahl der Krankenhausärzte stieg enorm an. Im Jahre 1970 wies man bei einer Gesamtzahl von 99.654 Ärzten bereits 38.683 Krankenhausärzte nach. Dieser Prozentsatz von 38,9 % stieg im Jahre 1977 bei einer Gesamtzahl von 125.274 Ärzten — davon 56.202 Krankenhausärzten — auf 44,8 % an.

Die Gründe für diese Veränderung des Verhältnisses sind wie folgt zu sehen: Der junge Arzt strebt nach seiner Approbation eine Fachausbildung an, die sich nur in einem Krankenhaus erreichen läßt. Das medizinische Wissen ist in den letzten Jahrzehnten so stark gewachsen, daß eine Aufteilung in Spezialfächer notwendig wurde. Die Spezialisierung auf ein bestimmtes Fachgebiet erfordert technische Kenntnisse über den Einsatz medizinischer Geräte, über die nur Krankenhäuser verfügen und die den mit ihnen vertrauten Spezialisten durch die präzisere Diagnostik die Möglichkeit der gezielten Therapie bietet. Diese wird im Krankenhaus eingeleitet, der Erfolg beobachtet, und der Patient wird als »abgeklärter Fall« weiter ambulant betreut.

Das moderne Krankenhaus erfüllt die Funktion einer Versorgungsanstalt für Erkrankte und für Patienten, deren Leiden ambulant nicht zu diagnostizieren sind.

Die moderne Technik räumt auch den Kranken Heilungschancen ein, die vor Jahren noch als »unklare Fälle« oder »idiomatische Fälle« galten.

Die in die Tabelle aufgenommene Spalte »weibliche Ärzte« erinnert daran, daß nur wenige Frauen am Anfang

dieses Jahrhunderts aus gesellschaftspolitischen Gründen Möglichkeiten besaßen, einem medizinischen Studium nachzugehen. Im Jahre 1927 gab es bei einer Gesamtzahl von 43.717 Ärzten nur 1.757 Ärztinnen. Am Ende der Zeit der Weimarer Republik war die Zahl der Ärzte auf 52.217 angestiegen, von denen aber nur 3.366 Frauen waren. Im Dritten Reich stieg die Zahl der weiblichen Ärzte unwesentlich auf 3.650 an. Im Jahre 1955 enthielt die statistisch nachgewiesene Gesamtzahl von 71.967 Ärzten 10.507 Ärztinnen. Im Jahre 1965 sind es von 85.801 bereits 14.739, und im Jahre 1977 sind in der Gesamtzahl von 125.274 Ärzten 25.305 Ärztinnen eingeschlossen. Eine deutlich steigende Tendenz wird also erst in der Nachkriegszeit sichtbar. Die Rubrik »andere Ärzte« erfaßt statistisch die, die ihre Hauptbeschäftigung in Forschung und Verwaltung haben. In diesem Bereich gab es, wie die Statistik ausweist, in den vergangenen 25 Jahren zahlenmäßig keine großen Veränderungen. Wurden 1953 10.627 nachgewiesen, blieb die Zahl von 1977 mit 10.774 fast konstant.

ad b) Die Tabelle »Ärzte in Krankenhäusern nach ihrer funktionellen Stellung« basiert auf der erst seit dem Jahre 1952 erhobenen Bundesstatistik. Die 1. Rubrik befaßt sich mit der Gesamtzahl der im Krankenhaus beschäftigten Ärzte, d.h. hauptamtliche Ärzte, Belegärzte, sonstige Ärzte. Bei den hauptamtlichen Ärzten wird unterschieden zwischen: leitenden Ärzten, Oberärzten und Assistenzärzten.

Außer den hauptamtlichen Ärzten wurde die Zahl der Belegärzte und der Ärzte erfaßt, die als Vertrags- und Konsiliarärzte von den Krankenhausverwaltungen z.B. für Röntgen, Labor oder Medizintechnik eingesetzt wurden.

Die Aufgliederung soll zur Veranschaulichung der Entwicklung der Krankenhausmedizin dienen.

Zählte man im Jahre 1952 insgesamt 28.250 Krankenhausärzte, so entfielen davon 9.296 auf Assistenzärzte, 1.982 auf Oberärzte und 4.368 auf leitende Ärzte.

Zehn Jahre später war die Gesamtzahl um ca. 4.000 Krankenhausärzte gestiegen, die Zahl der Assistenzärzte betrug 14.554. Das bedeutete einen enormen Anstieg. Der Grund für dieses rapide Ansteigen ist darin zu sehen, daß junge Ärzte direkt nach der Approbation eine weitere Ausbildung im Krankenhaus suchten. Die Zahl der Oberärzte verdoppelte sich, da in den Krankenhäusern neue Abteilungen, neue Stationen, entstanden, die der Aufsicht eines erfahrenen Arztes, eines Oberarztes, unterstellt wurden.
Die Zahl der leitenden Ärzte wuchs nur geringfügig.

Das Jahr 1970 zeigte statistisch keine wesentlichen Veränderungen des Zahlenverhältnisses zwischen leitenden Ärzten mit 6.923 und Oberärzten mit 6.146. Die Zahl der Assistenzärzte stieg jedoch auf 25.614 an.

Die Zahlen von 1977 lassen eine Umstrukturierung erkennen. Die Zahl der Oberärzte überragt mit 9.948 die Zahl der leitenden Ärzte um 1.008. Die Zahl der Assistenzärzte erhöhte sich auf 37.314 (!).

Die Entwicklung, ausgedrückt in den Vergleichszahlen:

1952 9.296 Assistenzärzte,
1977 37.314 Assistenzärzte,

läßt deutlich erkennen, wie schnell das Krankenhauswesen an Bedeutung zugenommen hat.

In der Rubrik »Belegärzte« stellte man im Laufe der vergangenen 25 Jahre keine gravierenden Veränderungen fest, während die Zahl der »sonstigen Ärzte« von 1952 bis 1965 von 5.854 auf 493 zurückging, 1977 aber wieder auf 1.564 anstieg.

ad c) Die Tabelle »Patienten pro Arzt mit Differenzierung nach funktioneller Stellung« gibt die Anzahl der stationär behandelten Kranken, der leitenden Ärzte, der Oberärzte und Assistenzärzte an.
Durch Division **Ärzte: Stationär behandelte Kranke** errechnete der Verfasser die Anzahl der Kranken pro Jahr

— in konkreten Jahresabschnitten —, die ein leitender Arzt, ein Oberarzt und ein Assistenzarzt zu betreuen hatte. Diese Zahlen erscheinen in der Tabelle in speziellen Rubriken.

Hatte ein leitender Arzt im Jahre 1953 1220 Kranke zu betreuen, so waren es nach 10 Jahren 115 Kranke mehr, wie es die Zahl 1335 verdeutlicht. Am Anfang der 70er Jahre bleibt die Zahl fast konstant, um dagegen in den nachfolgenden Jahren bis 1977 auf 1222 abzufallen. Das bedeutet, daß der leitende Arzt nahezu die gleiche Patientenzahl hat wie 1953.

Analog dazu betreute ein Oberarzt im Jahre 1953 2504 Patienten, im Jahre 1963 deutlich weniger: 2004 Patienten. Nach 10 Jahren reduzierte sich die Anzahl der Kranken im Vergleich zum Jahre 1953 um die Hälfte, wie die Zahl 1290 beweist. Eine zwar nur geringfügige, aber kontinuierliche Verminderung der Patientenzahl auf 1098 ist bis zum Jahre 1977 zu verzeichnen.

Der Assistenzarzt betreute 1953 519 Kranke pro Jahr. Nach 10 Jahren sind keine wesentlichen Veränderungen zu beobachten (1963 = 516 Kranke). In den nächsten 14 Jahren fällt jedoch die Zahl der betreuten Patienten auf 293 ab.

Zusammenfassend kann gesagt werden: Der leitende Arzt betreute im Jahre 1977 fast die gleiche Zahl der Kranken wie im Jahre 1953, der Oberarzt dagegen weniger als die Hälfte, der Assistenzarzt jedoch mehr als die Hälfte.

ad d) Die Tabelle: »Planmäßige Betten pro Arzt und pro leitender Arzt« verfügt über einzelne Rubriken, in denen in Jahresabschnitten differenziert wird nach »insgesamt im Krankenhaus tätigen Ärzten«, davon — gesondert betrachtet — nur »leitende Ärzte« und »planmäßige Krankenhausbetten«. Durch Division planmäßiger Betten: Ärzte im Krankenhaus insgesamt (bzw.: leitende Ärzte) wurde die Bettenzahl pro Arzt, bzw. pro leitender Arzt

ebenfalls in Jahresabschnitten durch den Verfasser errechnet.

Die Analyse der Tabelle zeigt, daß auf einen Krankenhausarzt im Jahre 1952 18,9 Betten entfielen. In den nächsten 11 Jahren bestehen nur geringfügige Schwankungen der Bettenzahl pro Arzt. Ab 1964 fällt die Zahl minimal, jedoch kontinuierlich ab, um im Jahre 1977 eine Zahl von 11,3 Betten pro Arzt zu erreichen.

Analysiert man analog das Verhältnis leitender Ärzte pro Krankenhausbett, kommt man zu folgendem Ergebnis: Im Jahre 1952 beträgt die Bettenzahl pro leitender Arzt 122. Da sich die Zahl der leitenden Ärzte im Jahre 1956 vorübergehend reduzierte, stieg die Zahl der Betten auf 157,6 an, um danach eine permanent abfallende Tendenz aufzuweisen. Diese Tendenz hielt an: Entfielen im Jahre 1967 auf einen leitenden Arzt 105 Betten, so waren es im Jahre 1977 nur noch 80,9 Betten.

Vergleicht man die Bettenzahl pro Arzt im Krankenhaus im Jahre 1952 mit der von 1977, so stellt man eine Verringerung um ca. 1/3 fest. Das Gleiche gilt für leitende Ärzte.

ad e) In der Tabelle »Verhältnis zwischen Ärzten und leitenden Ärzten« wurden die Zahlen der hauptamtlich im Krankenhaus tätigen Ärzte (Oberärzte und Assistenzärzte — ohne leitende Ärzte —) und die der leitenden Ärzte in Jahresabschnitten einander gegenübergestellt und durch Divisionsverfahren in Beziehung gesetzt. Standen einem leitenden Arzt im Jahre 1952 2,6 Assistenz- und Oberärzte zur Verfügung, so betrug die Zahl 10 Jahre später 3,2. Auch in den folgenden Jahren stieg die Anzahl der einem leitenden Arzt unterstellten Ärzte auf 5,4 bis zum Jahre 1977 an.

Das bedeutet, daß die Zahl der Ober- und Assistenzärzte im Krankenhaus deutlich zunahm und ein leitender Arzt nach einem Zeitraum von 25 Jahren über die doppelte Anzahl ihm unterstellter Ärzte verfügte.

ad f) Die Tabelle »Vergleich zwischen Fachärzten und Ärzten ohne Facharzttätigkeit« unterscheidet die Gesamtzahl der in der BRD tätigen Ärzte nach Fachärzten und Ärzten ohne Facharzttätigkeit, wobei die davon hauptamtlich im Krankenhaus tätigen gesondert hervorgehoben werden. Die in verschiedenen Rubriken ausgewiesenen Zahlen sollen Vergleichsmöglichkeiten verschaffen und zudem die Entwicklungstendenz im Krankenhauswesen verdeutlichen. Die beigefügten Prozentangaben zur Ärzteschaft insgesamt sollen die Analyse bei dem Vergleich: Facharzt/Arzt ohne Facharzttätigkeit erleichtern. Als Ärzte ohne Facharzttätigkeit wurden Ärzte für Allgemeinmedizin, praktische Ärzte und Ärzte in der Weiterbildung zum Facharzt bezeichnet.

1952 gab es in der BRD (ohne West-Berlin) insgesamt 19.853 Fachärzte und mehr als doppelt so viele Ärzte ohne Facharzttätigkeit (44.045). Die Zahlen im Jahre 1955 (ebenfalls ohne West-Berlin) zeigen einen Anstieg im Bereich der Fachärzte auf 23.371 an, wogegen die Zahl der Ärzte ohne Facharzttätigkeit keine nennenswerte Veränderung aufweist (44.231).

In den nächsten Jahren wächst die Zahl der Fachärzte sehr deutlich an, so daß im Jahre 1967 die Ausgangszahl des Jahres 1952 sogar verdoppelt wurde (38.645). Im Gegensatz dazu hat sich die Zahl der Ärzte ohne Facharzttätigkeit nur geringfügig vermehrt, wie die Zahl 49.914 verdeutlicht. Noch erheblich größere Veränderungen spiegeln sich in den Zahlen der nächsten Jahre wider: Die Gruppe der Fachärzte vergrößert sich ununterbrochen auf 60.376 im Jahre 1978. Zwar steigt die Zahl der Ärzte ohne Facharzttätigkeit auch deutlich an, im Vergleich zur Facharztgruppe jedoch wesentlich langsamer. Deutlich erkennbar ist die Tendenz in der Ärzteschaft, nach erreichter Approbation eine Fachausbildung anzustreben. Überwiegt im Jahre 1978 die Gruppe der Ärzte ohne Facharzttätigkeit zwar noch, so ist der prozentuale Anteil der Fachärzte schon auf 46,4 % gestiegen.

Gab es also im Ausgangsjahr 1952 weniger als die Hälfte

an Fachärzten innerhalb der Ärzteschaft, verringerte sich die Differenz zwischen den beiden genannten Gruppen in den letzten tabellarisch erfaßten Jahren erheblich.

Betrachtet man die statistischen Angaben über die Fachärzte, stellt man fest, daß in den ersten statistisch nachgewiesenen Jahren ca. 1/3 der Ärzte eine Tätigkeit im Krankenhaus bevorzugten, während ca. 2/3 ambulant wirkte. Anhand des Zahlenmaterials der Jahre von 1956 bis 1978 läßt sich folgende Tendenz nachweisen: Der prozentuale Anteil der im Krankenhaus tätigen Ärzte steigt kontinuierlich an. Seit 1974 ist mehr als die Hälfte aller Fachärzte im Krankenhaus beschäftigt. Aus dieser Tatsache u.a. läßt sich die wachsende Bedeutung des Krankenhauswesens ableiten.

Betrachtet man die Entwicklung des Leistungspotentials der Krankenhausmedizin im 20. Jahrhundert in Deutschland, so sieht man am Anfang deutlich eine praxisnahe Behandlung der Kranken, dann die steigende Tendenz zur Krankenhausbetreuung und zuletzt die stark krankenhausorientierte Diagnostik und Therapie.

Das Bild des Arztes änderte sich im Laufe der 78 Jahre (1900-1978). Der frühere Behandlungsraum des allgemeinen Arztes verschwindet hinter dem der Gruppe hochspezialisierter Ärzte, die gegenseitig ihr Wissen ergänzen.

Auf dem 9. Deutschen Krankenhaustag 1977 brachte Prof. Karl KREMER (geb. 1915) diese Wandlung mit folgenden Worten zum Ausdruck:

»Draußen in der Praxis verschwindet der gute, alte Hausarzt, der mit und in den Familien lebte, der den Kindern auf die Welt half, sie über die Höhen und Tiefen ihres Lebens geleitete — oft ihr Seelsorger und Arzt zugleich —, der mit seinen Händen den Alten die Augen schloß. Diesen Hausarzt gibt es nicht mehr.« (68, P. 160)

Trotz dieser enormen Veränderungen muß die Aufgabe des Arztes im Grunde die gleiche bleiben: die liebevolle Zuwen-

dung zum Kranken, die Leistung physischer und psychischer Hilfe nach bestem Wissen und Gewissen.

Das Handeln des Arztes kann und darf sich nicht ändern, denn der mit seinem Berufsethos verbundene ärztliche Beruf ist mit keinem anderen vergleichbar.

3. Zur Statistik des Pflegepersonals

a) Entwicklung der Krankenpflege und stat. Angaben

Um die Organisation der Krankenpflege und ihre Situation zur Zeit der Jahrhundertwende zu verstehen, ist es notwendig, sich mit der Geschichte der Krankenpflege zu beschäftigen, die mit der Entstehungsgeschichte des Krankenhauses eng verbunden ist.

Die Krankenpflege als solche war in der Antike noch nicht bekannt.
Erst das Christentum mit dem Gebot der Nächstenliebe bewirkte ein Umdenken der Menschheit (54, P. 1). Als Ursprung der abendländischen Krankenpflege wird die Regula des Klosters Monte Cassino angesehen: Die Sorge für die Kranken geht über alles und vor allem (54, P. 11). Diese Regel des Benediktinerordens, der im 5. Jahrhundert von BENEDIKT von Nursia gegründet wurde, war für alle später entstandenen Pflegeorden Leitmotiv. Allmählich bürgerte sich die Sorge um den Kranken auch in anderen Orden ein, z.B. in den Ritterorden.

Ein zweiter Zweig der Krankenpflege, der nicht durch Klosterregeln gebunden war, entwickelte sich im 12. Jahrhundert, von Holland ausgehend, später u.a. auch in Deutschland. Er entstand durch den Zusammenschluß unversorgter Frauen, Beginen genannt, die ihren Lebensunterhalt durch hauswirtschaftliche Arbeiten und Hauskrankenpflege verdienten (55, P. 8).

Die Zeit der Reformation brachte Auflösung vieler geistlicher Orden mit sich (54, P. 20).

Die Folge davon war ein Niedergang der Krankenpflege. Im 16./17. Jahrhundert wurde der Tiefstpunkt der Krankenpflege erreicht (54, P. 21).

In der Aufklärungszeit gewann die Krankenpflege erneut an Bedeutung. Die Bemühungen gingen in die Richtung, die Würde der Menschen — unabhängig von religiösen Postulaten — in den Vordergrund zu stellen.

Franz Anton MAY (1742-1814) gründete 1782 in Mannheim eine Krankenwärterinnenschule und verfaßte gleichzeitig ein entsprechendes Lehrbuch. Ein halbes Jahr dauerte die Ausbildung des Krankenpflegepersonals, die mit einer öffentlichen Prüfung abschloß.

Auf diese Weise entstand eine neue Epoche in der Geschichte der Krankenpflege, die aufgrund erheblicher Widerstände nur kurze Zeit währte (54, P. 21).

Im Jahre 1831 zeigte eine Choleraepidemie in Hamburg der Öffentlichkeit die Notwendigkeit einer Krankenpflege durch hilfsbereite Menschen, die mit entsprechendem Wissen ausgestattet sein mußten.

Das aber konnte man von nicht oder nur sehr schlecht bezahlten Wärterinnen und Wärtern weder verlangen noch erwarten, die vom Volk verachtet wurden und denen jegliche Ausbildung fehlte.

Der Chirurg Johann Friedrich DIEFFENBACH (1792-1847) bezeichnete 1832 in seiner »Anleitung zur Krankenwartung« (57, P. 90) das damalige Pflegepersonal wie folgt:

> *»Es ist ein wahrer Jammer zu sehen, welche Menschen man als Krankenwärter und -wärterinnen anstellt. Jeder Alte, Versoffene, Triefäugige, Blinde, Taube, Lahme, Krumme, Abgelebte, jeder, der zu nichts in der Welt mehr taugt, ist dennoch nach der Meinung der Leute zum Wärter gut genug. Menschen, die ein unehrliches Gewerbe getrieben haben, Faulenzer, Taugenichtse, alle die scheinen noch brauchbar als Kranken-*

wärter. So ist denn dieser schöne, edle Beruf in Verruf gekommen. Also Obdachlose, Taugenichtse und Weibsbilder von zweideutigem Ruf, die kommen als Wärterinnen und Pflegerinnen in einem Krankenhaus zusammen. Herrscht nun noch in einem Krankenhaus Schmutz und Unreinlichkeit, so wird der widrige Anblick noch vermehrt, wenn man die Haufen Wärter und Wärterinnen in ihren schmutzigen Kleidern, mit ihren bösen, mitunter verzerrten, verstellten, öfter verstümmelten Gesichtern sieht, so daß man einen Haufen Sträflinge zu erblicken glaubt. Welchen Trost mag der Leidende von einem so erhärteten Wärterherzen erwarten! Er findet kaum einen anderen, als in dem ihm zur Seite liegenden Leidensgefährten. In katholischen Ländern braucht man diese Sorge um gute Wärter und Wärterinnen gar nicht wie bei uns zu haben. Dort gibt es geistliche Orden sowohl für Männer als auch für Frauen, die sich ausschließlich dem Krankendienst in den Hospitälern widmen. Sie heißen Brüder und Schwestern. Diese mögen sich unsere Wärter zum Muster nehmen! Mit rührender Hingebung und freundlicher Teilnahme kennen jene edlen Menschen nur den einen Beruf, in Leiden und Not, in Schmerz und Tod ihren Mitmenschen zur Seite zu stehen. Ihr höchster Lohn ist der, von den Kranken geliebt zu werden und von den Sterbenden den letzten dankbaren Händedruck zu empfangen.« (54, P 24)

Das Vorbild der Pflegekräfte, die den katholischen Mutterhäusern zur Verfügung standen, die den Kranken ohne Entlohnung dienten, bewirkte, daß an mehreren Stellen der Gedanke auftauchte, die weiblichen Kräfte in den evangelischen Gemeinden nutzbar zu machen.

Theodor FLIEDNER (1800-1864) war dazu berufen, kräftige Impulse für die moderne Krankenpflege zu geben. Er gründete 1836 als evangelischer Theologe das Diakonissen-Mutterhaus in Kaiserswerth. Während der ersten Jahrzehnte nach der Gründung lag das Schwergewicht auf der Ausbildung als Krankenpflegerinnen. Den Ausbildungsstätten stand ein Krankenhaus als Übungsstätte zur Verfügung. Zum

Ende des 19. Jahrhunderts existierten ähnliche Lehr- und Ausbildungsstätten in Dresden, Breslau, Königsberg und Stettin. Die Bedeutung des Lebenswerkes Theodor Fliedners kann man darin sehen, daß er einen in Theorie und Praxis zu erlernenden Beruf gemäß dem Stande der ärztlichen Wissenschaft im protestantischen Raum geschaffen hat, den Beruf der Krankenpflege, die — der neuzeitlichen Medizin entsprechend — nicht mehr in Privathäusern, sondern in Krankenhäusern auszuüben ist, die mit speziellen Einrichtungen ausgestattet sind (57, P. 189 ff.).

Die nächste Ergänzung neben den katholischen Orden und evangelischen Diakonissen fand die organisierte Krankenpflege in den interkonfessionellen Schwesternverbänden. An erster Stelle standen die Schwesternschaften vom Roten Kreuz (42, P. 72).

> *»Die Schwesternschaften vom Roten Kreuz bilden in ihrer Organisation das Verbindungsglied zwischen den religiösen Genossenschaften und den freien Schwesternverbänden der neuesten Zeit. Von den ersteren übernahmen sie das Mutterhaussystem, von den letzteren das freie Selbstbestimmungsrecht. Bei ihnen ist nicht, wie bei den geistlichen Schwesternverbänden, die religiöse Lebensführung Zweck und Mittelpunkt der Vereinigung, sondern in erster Linie die Krankenpflege. Eine religiöse Weltanschauung wird im allgemeinen als unerläßlich für die Ausübung der Krankenpflege vorausgesetzt, aber als Privatsache der einzelnen Schwestern betrachtet. Tatsächlich sind alle Konfessionen, wenn auch nicht in der gleichen Stärke, in diesen Verbänden vertreten. Obwohl der Aufbau auf der Basis des Mutterhaussystems sich vollzog, blieb doch für die innere und äußere Organisation noch ein weiter Spielraum. So finden sich unter den angeschlossenen Vereinen alle Abstufungen, von den älteren noch Diakonissenhauscharakter tragenden Vereinigungen bis zu den sogenannten »Städtischen Schwesternschaften vom Roten Kreuz«, die sich in ihrer Organisationsform von den modernen städtischen Schwesternschaften kaum unterscheiden.« (42, P. 75 ff)*

Als ein weiteres Beispiel für interkonfessionelle Häuser sei das Victoriahaus in Berlin erwähnt.

Dort wurden Schülerinnen ein Jahr ausgebildet, die nach einer darauffolgenden dreijährigen Tätigkeit im Victoriahaus Anspruch auf Altersgeld und Unterstützung im Krankheitsfall hatten. Nach diesem Vorbild der Victoriaschwestern entstand 1895 in Hamburg die Pflegerinnenschule Erica. Die dort zu Pflegerinnen ausgebildeten Schülerinnen wurden Erica-Schwestern genannt. Die Ausbildung des Pflegepersonals stand bald bei allen Vereinigungen im Vordergrund. Da immer häufiger nach einem staatlichen Befähigungsnachweis gefragt wurde, ergab sich daraus die Notwendigkeit eines Prüfungsabschlusses, um die staatliche Anerkennung zu erlangen (42, P. 173).

Außer den bisher genannten konfessionellen und interkonfessionellen Schwesternschaften gab es Pflegekräfte, die als sog. »wilde« Schwestern bezeichnet wurden.

Agnes KARRL (1868-1927), die im Zusammenhang mit der Frauenbewegung wirkte, deren Ziel eine Erweiterung der Arbeitsmöglichkeiten der Frauen war, gründete am 11.1.1903 die Berufsorganisation der Krankenpflegerinnen Deutschlands. Sie vereinte die bisher als minderwertig angesehenen sog. »wilden« Pflegerinnen, die dadurch eine geachtete Selbständigkeit erlangten (58, P. 121).

Im Rückblick auf die Verhältnisse im pflegerischen Bereich kommt der Gründung der Berufsorganisation der Krankenpflegerinnen Deutschlands eine hohe Bedeutung zu. Die Berufsorganisation wurde eine Zuflucht für viele selbständig im Pflegeberuf stehende Frauen. Für sie war es von großem Vorteil, diesem Verband angeschlossen zu sein, der bei der Stellenvermittlung, der Beratung bei Arbeits- und Rechtsfragen behilflich und bei der Lohnfestsetzung und Auszahlung unterstützend tätig war und darüber hinaus für Alters- und Invaliditätsversicherung sorgte. Die Zeitschrift der Berufsorganisation »Unterm Lazaruskreuz« bedeutete für die Schwestern eine Orientierungshilfe und gab ihnen das Gefühl der Zusammengehörigkeit. Nur Trachten und der Schwestern-

name waren Erbe der Mutterhäuser. Die Ausbildung der Schwester der Berufsorganisation war auf ein Jahr an einer staatlich anerkannten Krankenpflegeschule festgelegt, obwohl Agnes Karrl eine dreijährige Ausbildung mit Abschlußprüfung forderte und der evangelische Diakonieverein zu dieser Zeit eine zweijährige Ausbildung durchführte. Die Regierung hielt ihre Forderung für übertrieben, stimmte aber der Einrichtung einer Abteilung für Krankenpflege an der neueröffneten Hochschule für Frauen in Leipzig zu, die Schwestern für leitende Aufgaben vorbereiten sollte.

1906 wurde der Entwurf von Vorschriften zu einer staatlichen Prüfung von Krankenpflegepersonen angenommen. Die staatliche Anerkennung erfolgte nach einer Prüfung vor einem Fachausschuß. Damit erkannte der Staat die Krankenpflege als Beruf an. Seit dieser Zeit differenziert die Statistik nach staatlich anerkannten und nicht anerkannten Pflegekräften.

Wie stark das Interesse der Frauen war, in der Krankenpflege tätig zu sein, zeigen folgende statistische Angaben:

Am 11.01.1903, dem Gründungstag der Berufsorganisation der Krankenpflegerinnen Deutschlands, zählt die Organisation 30 Mitglieder, (65, P. 1)

am 31.12.1903 307 Mitglieder,

am 31.12.1904 571 Mitglieder,

am 31.12.1905 921 Mitglieder

(71, P. 1).

Die Zersplitterung auf dem Gebiet der Krankenpflege wird in den statistischen Erhebungen sichtbar. Dort erfolgt eine Aufteilung des Pflegepersonals in »staatlich anerkannte« und »staatlich nicht anerkannte« Personen sowie, und das war auch von großer Bedeutung, eine Trennung zwischen Angehörigen konfessioneller und nichtkonfessioneller Vereinigungen. Diese Uneinheitlichkeit ergab enorme statistische Schwierigkeiten.
Die vom Stat. Reichsamt veröffentlichten Zahlen können wegen der damals noch fehlenden Meldepflicht und der Zahl

der nicht zu den Vereinigungen gehörenden Pflegepersonen keine exakten Aufschlüsse über den tatsächlichen Stand des Pflegepersonals geben. Von daher sind auch die Lücken in den entsprechenden Tabellen dieser Arbeit zu erklären.

In der Kaiserzeit und auch am Anfang der Weimarer Republik stieg die Mitgliederzahl der Berufsorganisation rasch an, reduzierte sich jedoch aufgrund der Wirtschaftskrise in den letzten Jahren der Weimarer Republik, denn auch die Schwesternschaft war von der Arbeitslosigkeit betroffen.

Das Dritte Reich brachte eine erhebliche Veränderung auf dem Gebiet der Krankenpflege mit sich. 1933 wurde die Diakoniegemeinschaft, 1934 die NS-Schwesternschaft gegründet, deren Mitglieder nach der Farbe ihrer Tracht »braune Schwestern« genannt wurden. Die NS-Schwesternschaft war eine parteipolitische Schwesternorganisation mit einer Generaloberin an der Spitze. 1936 wurde dann der Reichsbund der freien Schwestern und Pflegerinnen gegründet. Wegen ihrer blauen Tracht wurden sie »blaue Schwestern« genannt.
1938 wurde die Berufsorganisation von Agnes Karll in den Reichsbund überführt. Der in dieser Zeit gegründete Fachausschuß für Schwesternwesen setzte sich aus den zu dieser Zeit anerkannten fünf Schwesternorganisationen zusammen:

der NS-Schwesternschaft,

der des Reichsbundes,

des Deutschen Roten Kreuzes,

des Caritasverbandes,

der Diakoniegemeinschaft.

Unter dem Druck des nationalsozialistischen Regimes kam es 1937 zur Gründung der Reichsgemeinschaft freier Caritasschwestern, denen alle bisher freiberuflichen katholischen Krankenpflegerinnen beitreten mußten. Im Jahre 1942 vollzog sich eine weitere Neuordnung auf dem Gebiet der Pflegeschaft.
Die NS-Schwesternschaft und die Schwesternschaft des Reichsbundes wurden zum NS-Reichsbund Deutscher Schwestern zusammengefaßt (37, P. 315 ff.).

Bei diesen vielen Veränderungen ist die vom Statistischen Reichsamt geleistete mühsame Arbeit bewundernswert. Heute verfügen wir über folgende statistische Feststellungen:

Im Jahre 1898 bestand das berufsausübende Pflegepersonal aus 29.577 Personen, von denen 21.822 Angehörige konfessioneller Verbände, 3.220 freipraktizierende Pflegekräfte und 4.535 Anhänger weltlicher Verbände waren (5. 1900, P. 218).

In der Kaiserzeit verdoppelte sich die Zahl des Pflegepersonals. In der Weimarer Republik stieg sie um weitere 2/3 an. In den Jahren 1927 und 1928 basieren die Gesamtzahlen des Pflegepersonals auf anderen Erhebungsmethoden. Während 1927 die Angehörigen der konfessionellen Krankenpflegeverbände bei der Gesamtzahl nicht berücksichtigt wurden, ist dieses ab 1928 dagegen der Fall. Auf dieser Tatsache beruht der deutliche, allerdings nur scheinbar große Zahlenzuwachs.

Die Interpretation der Zahlen vom Jahre 1927 bis 1931 wird zusätzlich dadurch erschwert, daß man in den Jahren 1927 und 1930 die Gemeindeschwestern mit in das Pflegepersonal einbezieht.

Die Statistik der Kaiserzeit und Weimarer Republik differenziert nach konfessionellen und sonstigen Pflegekräften, wobei die »sonstigen« aufgegliedert werden in »staatlich anerkannte« und »nicht anerkannte«. Die staatliche Anerkennung erfolgte nach bestandener Prüfung. Die Zahl der »staatlich anerkannten« Pflegekräfte betrug bis zum Ende der Weimarer Republik ungefähr 50 % der sonstigen Pflegekräfte.

Vergleicht man die Rubrik des Pflegepersonals insgesamt mit der der konfessionellen Krankenpflegeverbände, so macht das gleichzeitige Anwachsen der beiden Zahlen deutlich, daß innerhalb der konfessionellen Verbände wie auch der nichtkonfessionellen eine proportional gleiche Entwicklung stattfand. Das bedeutet, daß der freie Beruf des Pflegepersonals zur Anerkennung gelangte. Krankenschwestern

und Pfleger wurden nicht länger als sog. »Wilde«, sondern als gleichwertige Kräfte angesehen.

Die Rubrik »davon weiblich« weist die bedeutende Rolle der Frau in der Krankenpflege im besprochenen Zeitraum nach.

Die statistischen Angaben über das Pflegepersonal im Dritten Reich wurden nach der letztgenannten Erhebungsmethode weitergeführt. Die Zahl des Pflegepersonals insgesamt erreichte im Jahre 1939 135.450, wobei der gleiche proportionale Anteil zwischen konfessionellen und nichtkonfessionellen Pflegekräften wie in der Weimarer Republik bestand (vgl.: 65.162 und 70.288). Ein Vergleich der nichtkonfessionellen Pflegekräfte weist eine Steigerung der Zahl staatlich anerkannter Pflegekräfte nach.

Im Jahre 1939 bezogen sich bei 135.450 Pflegekräften 197 auf 100.000 Einwohner, wobei die Angehörigen der konfessionellen Krankenpflegeverbände nicht einmal mehr die Hälfte der Gesamtzahl des Pflegepersonals erreichte. Die folgende Kriegszeit führte dann zu der bereits beschriebenen Neugliederung der Verbände.

In der Nachkriegszeit standen im Jahre 1952 100.000 Einwohnern 200 Pflegekräfte zur Verfügung. Von insgesamt 100.186 waren 66.884 in Krankenhäusern und 33.302 in der Ambulanz tätig. Im Jahre 1960 kamen 189 auf 100.000 Einwohner, jedoch verteilte sich die Gesamtzahl von 105.187 Pflegekräften auf ca. 80 %, die in Krankenhäusern und ca. 20 %, die in der freien Praxis tätig waren. Das moderne, volltechnisierte Krankenhaus übte eine größere Anziehungskraft für geschultes Pflegepersonal aus und bot auch mehrere Möglichkeiten der Berufsausübung als die freie Praxis.

Im Jahre 1970 betrug die Gesamtzahl 123.340, was 199 Pflegekräften auf 100.000 Einwohner entsprach. 1977 sah einen Anstieg auf 167.535 Pflegekräfte, von denen der weitaus überwiegende Teil in Krankenhäusern und — verglichen damit — nur ein geringer Bruchteil in der freien Praxis beschäftigt war.

Beim Betrachten der Tabelle »Pflegepersonal« stößt man auf eine Uneinheitlichkeit. Während die Aufteilung des Pflegepersonals der Kaiserzeit, der Weimarer Republik und der Zeit des »Dritten Reiches« in Angehörige konfessioneller Krankenpflegeverbände, sonstige staatlich anerkannte und nicht staatlich anerkannte Pflegekräfte vorgenommen wurde, werden diese Kriterien im Tabellenabschnitt »Nachkriegszeit« abgelöst von zwei Möglichkeiten der Berufsausübung: Es wird unterschieden zwischen »in Krankenhäusern« und »ambulant tätigen« Pflegekräften.

Die in der Statistik erfaßten Pflegekräfte setzen sich aus Krankenschwestern und Pflegern zusammen, unter die auch die männlichen und weiblichen Gemeindepfleger, die in der Geisteskrankenpflege Beschäftigten, Kinderschwestern, Krankenpflegehelfer und sonstige Pflegekräfte ohne staatliche Prüfung fallen.

Aus der Rubrik »davon weiblich« läßt sich ableiten, wie im Verlauf des 20. Jahrhunderts aus einem rein weiblichen Beruf ein Beruf entwickelt wurde, der mehr und mehr Attraktivität für Männer bot. Im heutigen modernen und technisierten Krankenhaus wäre ein Verzicht auf kräftige, technisch begabte, gut geschulte Krankenpfleger einfach unvorstellbar.

Um die erheblichen Unterschiede der Landfläche Deutschlands und die dadurch ebenfalls schwankende Bevölkerungszahl nicht zu Fehlinterpretationen der Tabellen führen zu lassen, wurde auf ein einheitliches Maß: 100.000 Einwohner zurückgegriffen. Dadurch lassen sich Relationen wertmäßig genau erfassen.

Die statistischen Angaben sind vollständig ab 1952. Die Statistiklücken der weiter zurückliegenden Jahre sind aus folgenden Gründen leider nicht mehr zu schließen:
Es bestand zwar die Reichsstatistik, jedoch wurde sie in den ersten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts gemäß der Wichtigkeit der aktuellen Probleme erstellt, und es wurde nur das in die statistische Erhebung aufgenommen, was allgemein wichtig erschien.
In der Kaiserzeit wurde die Pflegeschaft nicht als genügend wichtig angesehen und nur beiläufig erwähnt. In den Kriegs-

zeiten erfolgte teilweise keine statistische Erfassung, erst recht aber keine Erhebung auf den Gebieten, die man vorher bereits für nicht genügend wichtig gehalten hatte. Außerdem wurde die Reichsbibliothek vollständig vernichtet, so daß selbst die in den Kriegszeiten nicht allgemein veröffentlichten Statistiken unwiederbringbar verlorengingen.

Nachforschungen ergaben, daß die verschiedenen Besatzungsmächte eigene, jedoch nicht einheitliche Erhebungen durchführten, die sie der Öffentlichkeit nicht mitteilten. Erst mit der Gründung der Bundesrepublik Deutschland wurde das Statistikwesen wieder organisiert und durch das Statistische Bundesamt erweitert. Dieses ist angewiesen auf die Angaben der einzelnen Bundesländer, die zwar in der Art einheitlich, jedoch nicht immer vollständig dem Statistischen Bundesamt zugeleitet werden. Aus diesem Grunde ist man seit Jahren bestrebt, das Meldewesen zu verbessern, um damit eine exaktere Bundesstatistik zu erreichen. Man muß berücksichtigen, daß das Statistische Bundesamt seit der Gründung der Bundesrepublik im Jahre 1949 eine gewisse Anlaufzeit benötigte und erst für das Jahr 1952 in der Lage war, vollständige Statistiken zu liefern. Laut zuverlässigen Aussagen kompetenter Personen der Abteilung Gesundheitswesen des Statistischen Bundesamtes benötigt man jeweils zwei Jahre, um das von den Ländern erhaltene Material zu einer Bundesstatistik zusammenzufassen und zu veröffentlichen.

> *»In Deutschland beschloß am 22.03.1906 der Bundesrat 'Vorschriften über staatliche Prüfungen von Krankenpflegepersonen', die anfangs nur in Preußen, nach 1907 auch in anderen Ländern zur Anwendung kamen. Eine reichseinheitliche Regelung kam nicht zustande« (37, P. 280).*

Im Jahre 1938 wurde in Deutschland ein Gesetz zur Ordnung der Krankenpflege verabschiedet. Dieses führte zur ersten Gesamtregelung im Deutschen Reichsgebiet. Es war verbunden mit einer Schutzklausel zur Ausübung des Berufs und zum Tragen der Tracht. Nach dieser Regelung durfte nur staatlich geprüftes Personal im Pflegeberuf tätig sein. Das

Gesetz sah eine nur eineinhalbjährige Ausbildungszeit vor, kam aber durch den Kriegsausbruch nicht zur vollen Anwendung. In den einzelnen Ländern war die Krankenpflegeausbildung sehr unterschiedlich, so daß eine einheitliche Anerkennung der abgelegten Prüfungen reichs- bzw. bundesgesetzlich nicht bestand. Seit dem 20.09.1965 gelten für die Bundesrepublik Deutschland einheitliche Bestimmungen bezüglich der Ausbildung des Pflegepersonals. Die Ausbildung von Krankenschwestern und -pflegern an staatlich anerkannten Krankenpflegeschulen, die häufig Krankenhäusern angegliedert sind, wird nach 3 Jahren mit einer Prüfung abgeschlossen. Dagegen dauert die Ausbildung zur Krankenpflegehelferin bzw. zum -helfer in sog. Vorschulen nur ein Jahr (50, P. 84 ff.).

b) Zur Entwicklung des Hebammenwesens und statistische Angaben

Obwohl das Hebammenwesen thematisch in die Tabelle »Pflegepersonal« einzubauen ist, genoß es doch als Berufszweig mit eigener Geschichte und Tradition mit unterschiedlicher Entwicklungstendenz einen besonderen Status und wird deshalb auch in speziellen Rubriken erfaßt.
Die Hebamme war durch Jahrhunderte aufgrund ihrer Fähigkeiten und ihres Könnens zur Betreuung der Schwangeren, zur Geburtshilfe, zur Pflege der Wöchnerinnen und der Säuglinge bevollmächtigt (43, P. 67 ff.). Diese Pflichten führte sie selbständig aus und bat nur in Zweifelsfällen um zusätzlichen Rat.

Mit der raschen Entwicklung des medizinischen Wissens änderte sich ihre Position, ihre Selbständigkeit und ihre Befugnis. Die Entdeckung der Antiseptik und Aseptik beeinflußte die Tätigkeit der Hebamme stark. Es häuften sich Fragen, ob sie wirklich noch die Fähigkeit besaß, ihren Beruf weiter ausüben zu können, da die Anforderungen durch ständige Fortschritte der Medizin anwuchsen, ob man sie noch als zuverlässig bezeichnen konnte.

»Jeder, der der Frauenfrage näher steht, weiß, daß die Hebammenfrage eine der vielumstrittenen unter den

Tagesfragen darstellt. Da finden wir glühende Begeisterung und dumpfe Resignation, sachliche Erörterung und tendenziöse Entstellung dicht beieinander, und der Faden, der uns durch das Labyrinth leiten sollte, wird unaufhörlich hin- und hergezerrt ...
Da heißt es, die heutige Hebamme, die sich aus den »sozialen und geistigen Tiefschichten unserer Gesellschaft« rekrutiere, besitze nicht die Fähigkeit des Verständnisses für die Forderungen der modernen Antiseptik und Aseptik« (72, P. 5).

Diese Ansicht teilten nur wenige zur damaligen Zeit.

Für Schülerinnen forderte man bessere Vorschulung für die Hebammenkurse und eine längere Ausbildungszeit. Der Erfolg sollte durch eine gründlichere Ausbildung gesichert werden.

Von den 40 Anstalten, in denen Hebammenausbildung durchgeführt wurde, bildeten im Jahre 1906

7 Anstalten 9 Monate lang aus,
3 Anstalten 8 Monate lang aus,
2 Anstalten 7 Monate lang aus,
21 Anstalten 6 Monate lang aus,
4 Anstalten 5 Monate lang aus,
1 Anstalt 4 Monate lang aus,
2 Anstalten 3 Monate lang aus (67, P. 3).

Im Jahre 1906 schlossen sich 228 Vereine mit 10.771 Mitgliedern und weitere 645 Einzelpersonen zur Vereinigung Deutscher Hebammen zusammen, die bei der Düsseldorfer Tagung vom 20.-22. September 1906 die Aufgaben und Pflichten der Hebammen, aber auch die Schattenseiten des Berufs aufzählten, Schlüsse aus dem Bisherigen zogen und Wege zur Verbesserung der beruflichen Situation aufzeigten (70, P. 2 ff.).

Eine Antwort auf die Frage: Sind ausgebildete Hebammen ein dringendes Erfordernis, und hat ihr Beruf Zukunft? gibt die Statistik.

Im Jahre 1898 wurden 37.025 Hebammen statistisch erfaßt (5, 1900, P. 219), während es im Jahre 1909 im Deutschen Reich 37.736 Hebammen gab. Das entspricht einer Zahl von 69 Hebammen auf 100.000 Einwohner. Im Jahre 1927 waren es nur noch 29.348 Hebammen, d.h. 46 Hebammen auf 100.000 Einwohner. Bis zum Ende der Weimarer Republik verringerte sich die Zahl weiter auf 26.583. Die Versorgung von 100.000 Einwohnern wird von nur noch 41 Hebammen wahrgenommen. Es soll an dieser Stelle nicht die weitere Entwicklung vorweggenommen werden, die dazu führte, daß im Jahre 1977 nur noch 11 Hebammen 100.000 Einwohner versorgten.

Die statistischen Angaben informieren auch über die Aufteilung der Tätigkeit. Ein Drittel der Hebammen waren Anstalts- und Bezirkshebammen, während zwei Drittel freiberufliche Hebammen waren. Im Jahre 1934 verringerte sich die Zahl der Anstalts- und Bezirkshebammen auf 6.948 und im Jahre 1939 auf 1.296, während die Zahl der freiberuflichen Hebammen im Jahre 1939 bereits auf 22.449 anstieg. Die Erklärung für diese Verschiebung kann in der nationalsozialistischen Familienpolitik gefunden werden, die den Entbindungsort vom Krankenhaus in die häusliche Umgebung verlagerte.

In der Nachkriegszeit wurde ein weiterer Zahlenrückgang sichtbar. Waren es im Jahre 1952 noch 11.524 Hebammen, so waren es 1960 nur noch 9.442, 1970 nur 6.857 und im Jahre 1977 schließlich nur noch 5.637 Hebammen. Es wandelte sich jedoch die Aufteilung in »ambulant tätige« und »in Krankenhäusern angestellte« Hebammen, wobei die Zahl der freiberuflichen erheblich zurückging und die Zahl der Krankenhaushebammen deutlich stieg. Im Jahre 1977 war das Verhältnis 5 : 1.

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß der in der Vergangenheit so wichtige Beruf der Hebamme erheblich an Popularität verloren hat. Zum Jahrhundertwechsel übernahmen der als Geburtshelfer ausgebildete Arzt und der Kinderarzt mehr und mehr die Aufgaben der Hebamme. Geburten wurden immer häufiger im Krankenhaus durchgeführt und immer seltener in der Wohnung.

Mit dieser Verlagerung des Geburtsortes ist die Tatsache verbunden, daß heute im Krankenhaus wesentlich mehr Hebammen beschäftigt sind als in der freien Praxis.

Im Krankenhaus betreut der Frauenarzt die Schwangere und nach der Geburt die Wöchnerin. Der Kinderarzt versorgt die Säuglinge, und die Hebamme ist nur noch eine Hilfe für den Arzt im Kreißsaal. Außerhalb des Krankenhauses ist sie der jungen Mutter Ratgeberin, wenn diese mit dem Neugeborenen das Krankenhaus verläßt. Mit der Übernahme ihrer Aufgaben durch qualifizierte Ärzte treten die Hebamme und ihr Beruf immer mehr in den Hintergrund.

IV. Schlußbetrachtung

Zusammenfassend ist darauf hinzuweisen, daß die Entwicklung des Leistungspotentials der Krankenhausmedizin des 20. Jahrhunderts parallel zur Entwicklung des medizinischen Wissens in Deutschland auf Ereignisse, Entdeckungen und Erfindungen zurückzuführen ist, die hauptsächlich in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts den rapiden Aufschwung in der modernen Medizin initiierten.

Um nur einige wichtige Ereignisse ins Gedächtnis zu rufen, seien die Einführung der Narkose, die aseptische Wundbehandlung und die Röntgenstrahlen hier erwähnt. Mit der Fülle der medizinischen Novitäten führte die Tatsache, daß der sprunghaft ansteigende Wissensstoff die Fähigkeiten des einzelnen Arztes mehr und mehr überstieg, zum Entstehen verschiedener Fachdisziplinen und damit in der Ärzteschaft zu Spezialgebieten.

Aber nicht nur auf dem Gebiet der Medizin fanden entscheidende Ereignisse statt. Als ein für diese Dissertation außerordentlich wichtiges Ereignis muß die Gründung des Statistischen Reichsamtes im Jahre 1872 genannt werden, denn ohne die von ihm und später vom Statistischen Bundesamt immer umfangreicher, detaillierter und exakter erstellte Statistik wäre die Darstellung der Entwicklung absolut unmöglich, für die bewußt sowohl in Jahressprüngen als auch in Zeitabschnitten wie Kaiserzeit, Weimarer Republik, Drittes Reich und Nachkriegszeit die Tabellen-

form als anschaulichste Präsentation gewählt wurde. Obwohl größter Wert darauf gelegt wurde, in dieser Arbeit ausschließlich das offiziell gültige Zahlenmaterial der statistischen Ämter zu verwenden, mußte wegen der trotzdem verbleibenden großen Statistiklücken auf Zahlen aus anderen Quellen zurückgegriffen werden. Wenn dennoch kleinere Lücken nicht ausgefüllt werden konnten, so ist dies auf die Tatsache zurückzuführen, daß hauptsächlich durch Kriegseinwirkung statistisches Zahlenmaterial verlorenging.

In dieser Dissertation wurden in ihrem Statistikteil die exakt nachgewiesenen Zahlen gezeigt. Die Verfasserin geht im Textteil auf die Gründe ein, die zu den Schwankungen in der Entwicklung führten.

V. Literaturverzeichnis

A) Quellenangaben (Primärliteratur)

1. »Bevölkerung und Wirtschaft 1872-1972«, Statistisches Bundesamt Wiesbaden, 1972

2. »Bevölkerung und Kultur«, Reihe 7 »Gesundheitswesen«, Statistisches Bundesamt Wiesbaden, Stuttgart und Mainz, 1960, 1961, 1962, 1964, 1965, 1966, 1967, 1968, 1969, 1970, 1971, 1972, 1973, 1974

3. »Berufe des Gesundheitswesens«, Reihe 5, Statistisches Bundesamt Wiesbaden, Stuttgart und Mainz, 1975, 1976, 1977, 1978

4. »Reichs-Medizinal-Kalender für Deutschland«, Leipzig, 1900, 1901, 1902, 1903, 1904, 1905, 1906, 1907, 1908, 1909, 1910, 1911, 1912, 1913, 1914, 1926, 1927, 1928, 1929, 1931, 1933, 1935, 1937

5. »Statistisches Jahrbuch für das Deutsche Reich«, Kaiserliches Statistisches Amt Berlin, 1880, 1900, 1901, 1902, 1903, 1904, 1905, 1906, 1907, 1908, 1909, 1910, 1911, 1912, 1913, 1914, 1915, 1916, 1917, 1918

6. »Statistisches Jahrbuch für das Deutsche Reich«. Hrsg. Statistisches Reichsamt, Berlin, 1919, 1920, 1921, 1922, 1923, 1924, 1925, 1926, 1927, 1928, 1929, 1930, 1931, 1932, 1933, 1934, 1935, 1936, 1937, 1938, 1939, 1940, 1941, 1942

7. »Statistisches Jahrbuch von Deutschland 1928-1944«, Hrsg. v. Länderrat der amerik. Besatzungsgebiete, München, 1949

8. »Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland«, Statistisches Bundesamt Wiesbaden, Stuttgart und Mainz, 1952, 1953, 1954, 1955, 1956, 1957, 1958, 1959, 1960, 1961, 1962, 1963, 1964, 1965, 1966, 1967, 1968, 1969, 1970, 1971, 1972, 1973, 1974, 1975, 1976, 1977, 1978, 1979

9. »Wirtschaft und Statistik«, Hrsg. Statistisches Bundesamt Wiesbaden, Stuttgart, 1953

10. »Wirtschaft und Statistik«, Hrsg. Statistisches Bundesamt Wiesbaden, Stuttgart, 1954

11. »Wirtschaft und Statistik«, Hrsg. Statistisches Bundesamt Wiesbaden, Stuttgart, 1955

12. »Wirtschaft und Statistik«, Hrsg. Statistisches Bundesamt Wiesbaden, Stuttgart, 1956

13. »Wirtschaft und Statistik«, Hrsg. Statistisches Bundesamt Wiesbaden, Stuttgart, 1957

14. »Wirtschaft und Statistik«, Hrsg. Statistisches Bundesamt Wiesbaden, Stuttgart, 1958

15. »Wirtschaft und Statistik«, Hrsg. Statistisches Bundesamt Wiesbaden, Mainz, 1959

16. »Wirtschaft und Statistik«, Hrsg. Statistisches Bundesamt Wiesbaden, Mainz, 1960

17. »Wirtschaft und Statistik«, Hrsg. Statistisches Bundesamt Wiesbaden, Mainz, 1961

18. »Wirtschaft und Statistik«, Hrsg. Statistisches Bundesamt Wiesbaden, Mainz, 1962

19. »Wirtschaft und Statistik«, Hrsg. Statistisches Bundesamt Wiesbaden, Mainz, 1963

20. »Wirtschaft und Statistik«, Hrsg. Statistisches Bundesamt Wiesbaden, Stuttgart und Mainz, 1964

21. »Wirtschaft und Statistik«, Hrsg. Statistisches Bundesamt Wiesbaden, Stuttgart und Mainz, 1965

22. »Wirtschaft und Statistik«, Hrsg. Statistisches Bundesamt Wiesbaden, Stuttgart und Mainz, 1966

23. »Wirtschaft und Statistik«, Hrsg. Statistisches Bundesamt Wiesbaden, Stuttgart und Mainz, 1967

24. »Wirtschaft und Statistik«, Hrsg. Statistisches Bundesamt Wiesbaden, Stuttgart und Mainz, 1968

25. »Wirtschaft und Statistik«, Hrsg. Statistisches Bundesamt Wiesbaden, Stuttgart und Mainz, 1969

26. »Wirtschaft und Statistik«, Hrsg. Statistisches Bundesamt Wiesbaden, Stuttgart und Mainz, 1970

27. »Wirtschaft und Statistik«, Hrsg. Statistisches Bundesamt Wiesbaden, Stuttgart und Mainz, 1971

28. »Wirtschaft und Statistik«, Hrsg. Statistisches Bundesamt Wiesbaden, Stuttgart und Mainz, 1972

29. »Wirtschaft und Statistik«, Hrsg. Statistisches Bundesamt Wiesbaden, Stuttgart und Mainz, 1973

30. »Wirtschaft und Statistik«, Hrsg. Statistisches Bundesamt Wiesbaden, Stuttgart und Mainz, 1974

31. »Wirtschaft und Statistik«, Hrsg. Statistisches Bundesamt Wiesbaden, Stuttgart und Mainz, 1975

32. »Wirtschaft und Statistik«, Hrsg. Statistisches Bundesamt Wiesbaden, Stuttgart und Mainz, 1976

33. »Wirtschaft und Statistik«, Hrsg. Statistisches Bundesamt Wiesbaden, Stuttgart und Mainz, 1977

34. »Wirtschaft und Statistik«, Hrsg. Statistisches Bundesamt Wiesbaden, Stuttgart und Mainz, 1978

35. »Wirtschaft und Statistik«, Hrsg. Statistisches Bundesamt Wiesbaden, Stuttgart und Mainz, 1979

36. »Statistische Berichte«, Hrsg. Statistisches Bundesamt Wiesbaden, 1954, 1955, 1956, 1957, 1958, 1959, 1960, 1961

B) Quellenangaben (Sekundärliteratur)

37. Bauer, F. »Geschichte der Krankenpflege«, Bd. 1, Kulmbach, 1965

38. Diepgen, P. »Geschichte der Medizin«, Bd. 2, 1. Hälfte, 2. Aufl., Berlin, 1959

39. Diepgen, P. »Geschichte der Medizin«, Bd. 2, 2. Hälfte, 2. Aufl., Berlin, 1965

40. Dewitz, U. von »Die Deutschen Krankenpflegeorganisationen«, Diakonieschwester, **67**, (1971), 213-216

41. Eichhorn, S. »Über den Bedarf an medizinischen Leistungen, insbesondere Krankenhausleistungen«. Der Krankenhausarzt, **40**, (1967), 88-96

42. Fischer, M. »Die deutsche Krankenpflege in der Neuzeit«, Freiburg, 1924

43. Haberling, E. »Beiträge zur Geschichte des Hebammenstandes«, Bd. 1, Berlin u. Osterwick/Harz, 1940

44. Jetter, D. »Grundzüge der Hospitalgeschichte«, Bd. 22, Darmstadt, 1973

45. Kallmorgen, W. »Siebenhundert Jahre Heilkunde in Frankfurt a.M.«, Frankfurt a.M., 1936

46. Katscher, L. »Geschichte der Krankenpflege«, 3. Aufl., Berlin, s.a.

47. Kracker, I., von »20 Jahre Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schwesternverbände«, Diakonieschwester, **67**, (1971), 216-221

48. Pinding, M.
Thomae, J.
Kirchlechner, B. »Krankenschwestern in der Ausbildung«, Schriftenreihe aus dem Gebiet des öffentlichen Gesundheitswesens, H. 32, Hrsg. Stralau, J. u. Zoller, B.E., Stuttgart, 1972

49. Prinzing, F. »Handbuch der medizinischen Statistik«, 2. Aufl., Jena, 1930, P. 633 ff.

50. Rüther, B. »Krankenhaus und Politik«, Köln, 1973

51. Schadewaldt, H. »Freiheit im Krankenhaus — Freiheit fürs Krankenhaus«, Deutsches Ärzteblatt, **67**, (1970), 3017-3022

52. Schadewaldt, H. »Die Stellung des leitenden Krankenhausarztes in historischer Sicht«, Arzt und Krankenhaus, **3**, (1978), 333-350

53. Schadewaldt, H. »Vom Xenodochion zum Krankenhaus« — Ein Beitrag zur Geschichte des Deutschen Krankenhauswesens; Festschr. 75-jähr. Bestehen Fachver. Verwaltungsleiter dtsch. Krankenanst. 1903-1978, Wuppertal, s.a., P. 27-44

54. Schadewaldt, H. »Die Geschichte der Krankenpflege«, Vortrag vor dem 3. Fortbildungslehrgang für Krankenschwestern, Freiburg, 1962

55. Schadewaldt, H. »Geschichte der Krankenpflege in der Neuzeit«, Vortrag auf dem 4. Fortbildungslehrgang für Krankenschwestern, Freiburg, 1963

56. Stürzbecher, M. »Die medizinische Versorgung und die Entstehung der Gesundheitsfürsorge zu Beginn des 20. Jahrhunderts in Deutschland«, in: Medizin, Naturwissenschaft, Technik und das Zweite Kaiserreich, Göttingen, 1977, P. 239-250

57. Sticker, A. »Die Entstehung der neuzeitlichen Krankenpflege«, Stuttgart, 1960

58. Sticker, A. »Agnes Karrl: Die Reformerin der Deutschen Krankenpflege«, 2. Aufl., Wuppertal, 1977

59. Sticker, A. »Krankenpflege und Frauenbewegung« Krankenpflege, **29**, (1975) 1-4

60. Sticker, A. »'Frau' statt 'Schwester'«, Dtsch. Krankenpflegezeitschrift, **31**, (1978), 187-188

61. Streiter, G. »Die wirtschaftliche und soziale Lage der beruflichen Krankenpflege in Deutschland«, 2. Aufl., Jena, 1924

62. Esche, P., vor dem »Die Zunahme der Krankenhausbehandlung bei Infektionskrankheiten in Preußen seit 1882«, Archiv für Hygiene und Bakteriologie, **143**, (1959), 442-455

63. Esche, P. vor dem »Die Verbreitung der Ärzte im Deutschen Reich bzw. in der Bundesrepublik von 1876-1950«, Archiv für Hygiene und Bakteriologie, **138**, (1954), 373-385

64. Esche, P. vor dem »Die Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhäusern in Deutschland von 1876 bis zur Gegenwart«, Archiv für Hygiene und Bakteriologie, **138**, (1954), 386-398

65. »Unsere Statistik«, Unterm Lazaruskreuz, **1**, (1906), 5, (Nr. 1)

66. »Die staatliche Prüfung der Krankenpflegepersonen«, Unterm Lazaruskreuz, **1**, (1906), 1-2, (Nr. 7)

67. »Hebamme, Wochen- und Säuglingspflegerin«, Unterm Lazaruskreuz, **1**, (1906), 3-4, (Nr. 19)

68. »Der 9. Deutsche Krankenhaustag — vom 7. bis 10. Juni 1977 in Hannover«, Hrsg. Arbeitsgemeinschaft Deutsches Krankenhaus, s.l., s.a.

69. »Gegen undifferenzierte Spar-Appelle«, Selecta, **21**, (1979), 924-928

70. »Die Düsseldorfer Tagung der Vereinigung Deutscher Hebammen«, Unterm Lazaruskreuz, **1**, (1906), 2-3, (Nr. 23)

71. »Dritter Jahresbericht«, Unterm Lazaruskreuz, **1**, (1906), 1-7, (Nr. 8)

72. »Zur Frage der Hebammenreform«, Unterm Lazaruskreuz, **1**, (1906) 5-6, (Nr. 17)

73. »Statistik der Diakonissen-Mutterhäuser« Der Armen-und Kranken-Freund, **59**, (1907), 44-53

74. »Statistik der Diakonissen-Mutterhäuser« Der Armen-und Kranken-Freund, **62**, (1910), 171-181

Krankenhäuser, Betten und Kranke
I. Kaiserzeit

Jahr	Anzahl		Betten auf 100.000 Einwohner	planmäßige Betten im Durchschnitt pro Krankenhaus	Stationär behandelte Kranke			Verweildauer in Tagen	durchschnittl. Bettenausnutzung %
	Krankenhäuser[1]	planmäßige Betten[1]			1.000	auf 100.000 Einwohner	Pflegetage 1.000		
1900	3.816	255.957[3]	457	67,07	1.374,6	2.453	—	—	—
1901	4.060	274.526	483	67,62	1.452,1	2.553	69.755[2]	48,0[2]	69,6[2]
1902	4.116	301.115	521	73,16	1.548,0	2.680	76.536[2]	49,4[2]	69,6[2]
1903	4.213	306.396[4]	523	72,73	1.681,5	2.868	81.441[2]	48,4[2]	72,8[2]
1904	4.334	328.983	553	75,91	1.756,9	2.954	85.785[2]	48,8[2]	71,4[2]
1905	4.478	343.659	570	76,74	1.851,0	3.069	89.799[2]	48,5[2]	71,6[2]
1906	4.566	358.695	587	78,56	1.911,5	3.126	92.724[2]	48,5[2]	70,8[2]
1907	4.644	373.354	602	80,39	2.024,8	3.265	97.567[2]	48,2[2]	71,6[2]
1908	4.653	384.800	612	82,70	2.146,7	3.415	102.115[2]	47,6[2]	72,7[2]
1909	4.617	390.315[4]	613	84,54	2.277,9	3.575	106.592[2]	46,8[2]	74,8[2]
1910	4.805	407.576	631	84,82	2.419,7	3.747	110.867[2]	45,8[2]	74,5[2]
1911	4.871	426.934	653	87,65	2.608,7	3.991	116.276	44,6	74,6
1912	4.921	444.035	671	90,23	2.678,4	4.049	119.483	44,6	73,7
1913	4.930	462.203	690	93,75	2.808,7	4.193	123.627	44,0	73,3
1914	4.718	466.525	688	98,88	2.591,5	3.823	119.632	46,2	70,3
1915	4.556	463.854	683	101,81	2.162,7	3.186	110.740	51,2	65,4
1916	4.528	473.517	699	104,58	2.343,4	3.461	114.501	48,9	66,2
1917	4.436	468.880	696	105,70	2.481,0	3.683	112.192	45,2	65,6
1918	4.430	473.185	708	106,81	2.639,1	3.950	109.212	41,4	63,2

[1]) Stand am Jahresende
[2]) Ohne Pflegetage in Entbindungskrankenhäusern
[3]) Ohne Krankenhäuser für Augenkrankheiten
[4]) Ohne Krankenhäuser für Augenkrankheiten und ohne Entbindungskrankenhäuser

Krankenhäuser, Betten und Kranke
II. Die Weimarer Republik

Jahr	Anzahl		Betten auf 100.000 Einwohner	planmäßige Betten im Durchschnitt pro Krankenhaus	Stationär behandelte Kranke			Verweildauer in Tagen	durchschnittl. Bettenausnutzung %
	Krankenhäuser	planmäßige Betten			1.000	auf 100.000 Einwohner	Pflegetage 1.000		
1918	4.430	473.185	708	106,81	2.639,1	3.950	109.212	41,4	63,2
1919	4.512	474.669	755	105,20	2.767,5	4.400	112.904	40,8	65,2
1920	4.512	475.183	769	105,13	3.009,0	4.869	116.184	38,6	67,0
1921	4.502	471.211	754	104,67	3.029,9	4.850	117.617	38,8	68,4
1922	4.501	476.102	769	105,78	3.030,2	4.895	119.975	39,6	69,4
1923	4.429	469.765	754	106,07	2.646,7	4.248	111.590	42,2	65,1
1924	4.402	471.716	752	107,16	2.877,2	4.589	119.706	41,6	69,5
1925	4.418	489.389	775	110,77	3.360,0	5.319	135.111	40,2	75,6
1926	4.489	506.538	796	112,84	3.511,6	5.519	141.579	40,3	76,6
1927	4.546	526.469	822	115,81	3.817,3	5.962	149.082	39,1	77,6
1928	4.646	551.121	857	118,62	4.107,0	6.378	156.643	38,1	77,9
1929	4.728	573.478	886	121,29	4.351,0	6.721	162.624	37,4	77,7
1930	4.774	591.920	909	123,99	4.273,5	6.566	165.752	38,8	76,7
1931	4.951	595.103	910	120,20	4.290,9	6.558	165.511	38,6	76,2
1932	4.958	594.002	904	119,81	3.961,7	6.029	155.731	39,3	71,8
1933	4.938	599.037	907	121,31	4.311,6	6.530	161.219	37,4	73,7

Krankenhäuser, Betten und Kranke
III. Das »Dritte Reich«

Jahr	Anzahl		Betten auf 100.000 Einwohner	planmäßige Betten im Durchschnitt pro Krankenhaus	Stationär behandelte Kranke			Verweildauer in Tagen	durchschnittl. Bettenausnutzung %
	Krankenhäuser	planmäßige Betten			1.000	auf 100.000 Einwohner	Pflegetage 1.000		
1933	4.938	599.037	907	121,31	4.311,6	6.530	161.219	37,4	73,7
1934	4.921	604.447	910	122,83	4.628,6	6.970	168.591	36,4	76,4
1935	4.864	614.888	920	126,42	4.994,0	7.468	175.624	35,2	78,3
1936	4.792	620.751	922	129,54	5.176,8	7.687	180.552	34,9	79,7
1937	4.745	628.684	927	132,49	5.421,9	7.993	—	—	—
1938[1)]	4.673	637.090	929	136,33	5.808,3	8.472	193.294	33,3	83,1
1939[1)]	4.608	603.497	871	130,97	5.751,7	8.298	—	—	—

[1)] Gebietsstand: 31. 12. 1937

Jahr	Anzahl		Betten auf 100.000 Einwohner	planmäßige Betten im Durchschnitt pro Krankenhaus	Stationär behandelte Kranke			Verweildauer in Tagen	durchschnittl. Bettenausnutzung %
	Krankenhäuser	planmäßige Betten			1.000	auf 100.000 Einwohner	Pflegetage 1.000		
1949[1]	3.233	502.843	1.080	155,53	—	—	—	—	83,9[4]
1950[2]	3.395	538.569	1.090	158,64	—	—	—	—	81,7
1951[2]	3.400	544.037	1.093	160,01	—	—	—	—	78,5
1952[2]	3.433	533.718	1.066	155,47	—	—	—	—	—
1953[2]	3.450	540.400	1.067	156,64	5.216,5[3]	12.630	149.618[3]	—	75,9
1954[2]	3.472	551.713	1.079	158,90	6.311,8	12.400	179.597	—	89,2
1955[2]	3.502	558.340	1.080	159,43	6.774,9	12.598	183.195	30,2	89,9
1956	3.555	575.311	1.079	161,83	6.724,9	12.686	190.060	30,1	90,5
1957	3.556	582.871	1.084	163,91	6.925,8	12.908	190.668	29,3	89,6
1958	3.594	588.293	1.077	163,69	7.060,4	13.005	193.885	29,2	90,3
1959	3.614	597.148	1.083	165,23	7.287,0	13.279	197.514	28,8	90,6
1960	3.604	583.513	1.046	161,91	7.350,2	13.260	198.595	28,7	93,2
1961	3.627	594.642	1.051	163,95	7.481,8	13.319	200.677	28,5	92,5
1962	3.651	604.932	1.057	165,69	7.533,2	13.230	203.524	28,7	92,9
1963	3.644	615.685	1.064	168,96	7.718,1	13.402	205.660	28,2	91,5
1964	3.609	619.388	1.057	171,62	7.952,7	13.649	207.944	27,7	92,0
1965	3.619	631.447	1.065	174,48	8.121,2	13.762	210.475	27,4	91,3
1966	3.617	640.372	1.071	177,05	8.372,0	14.038	212.089	26,8	90,7
1967	3.609	649.590	1.084	179,99	8.565,5	14.306	214.311	26,4	90,4
1968	3.618	665.546	1.101	183,95	8.874,2	14.745	218.036	25,9	89,8

[1] Bundesgebiet ohne Saarland und Berlin
[2] Bundesgebiet ohne Saarland
[3] Bundesgebiet ohne Bayern
[4] Bundesgebiet ohne Regierungsbezirk Südbaden

Jahr	Anzahl		Betten auf 100.000 Einwohner	planmäßige Betten im Durchschnitt pro Krankenhaus	Stationär behandelte Kranke			Verweildauer in Tagen	durchschnittl. Bettenausnutzung %
	Krankenhäuser	planmäßige Betten			1.000	auf 100.000 Einwohner	Pflegetage 1.000		
1969	3.601	677.695	1.107	188,20	9.148,5	15.035	219.994	25,3	88,9
1970	3.587	683.254	1.120	190,48	9.337,7	15.396	220.826	24,9	88,5
1971	3.545	690.236	1.122	194,71	9.649,6	15.690	222.934	24,3	88,5
1972	3.519	701.263	1.135	199,28	9.829,5	15.903	224.215	23,9	87,6
1973	3.494	707.460	1.139	202,48	10.007,1	16.114	223.500	23,4	86,6
1974	3.483	716.530	1.156	205,72	10.300,8	16.617	224.089	22,7	85,7
1975	3.481	729.791	1.184	209,65	10.426,8	16.914	221.784	22,2	83,3
1976	3.436	726.846	1.183	211,54	10.657,9	17.346	219.620	21,5	82,6
1977	3.416	722.953	1.178	226,27	10.931,3	17.120	218.800	20,8	82,9

Ergänzung zur Tabelle: »Krankenhäuser, Betten, Kranke«

1.) Durchschnittliche Bettenausnutzung:

$$\frac{\text{Pflegetage} \times 100}{\text{Planmäßige Betten} \times 365}$$

2.) Verweildauer errechnet nach Formel:

$$\frac{\text{Pflegetage} \times 2}{\text{Zugang} + \text{Abgang}}$$

3.) Planmäßige Betten im Durchschnitt pro Krankenhaus:

$$\frac{\text{Planmäßige Betten}}{\text{Krankenhäuser}}$$

Ärzte nach Berufsausübung

I. Die Kaiserzeit

Jahr	Anzahl der Ärzte				
	insgesamt	davon weiblich	auf 100.000 Einwohner	in freier Praxis	hauptamtlich im Krankenhaus
1900	27.374	—	52,4[1]	—	—
1901	28.174[1]	—	50,0[1]	—	—
1902	29.133	—	51,7[1]	—	—
1903	29.997	—	53,2[1]	—	—
1904	30.457	—	54,0[1]	—	—
1905	31.041	—	55,1[1]	—	—
1906	31.346	—	51,7[1]	—	—
1907	31.864	—	52,5[1]	—	—
1908	31.640	55[2]	52,2[1]	—	—
1909	31.969[1]	67[2]	52,7[1]	25.478	3.086
1910	32.449[1]	100[2]	53,5[1]	—	—
1911	32.835[1]	118[2]	50,6[1]	—	—
1912	33.527[1]	150[2]	51,6[1]	—	—
1913	34.136[1]	194[2]	52,6[1]	—	—

[1] Reichs-Medizinal-Kalender
[2] Handbuch der medizinischen Statistik - Friedrich Prinzing

Ärzte nach Berufsausübung
II. Die Weimarer Republik

Jahr	Anzahl der Ärzte				
	insgesamt	davon weiblich	auf 100.000 Einwohner	in freier Praxis	hauptamtlich im Krankenhaus
1924	40.139[3]	—	64,0	—	—
1925	44.356[1]	2.572[2]	71,1[1]	34.168[1] [4]	—
1926	—	—	71,0[2]	—	—
1927	43.717	1.757	75,0[2]	—	—
1928	48.507[1]	2.378[1]	77,0[1]	35.201[1]	8.962[1]
1929	47.805	2.455	75,0	—	—
1930	49.974[1]	2.807[1]	79,1[1]	37.246[1]	9.835[1]
1931	48.223	2.782	74,0	—	—
1932	52.217[1]	3.366[1]	80,0[1]	38.657[1]	10.545[1]

[1] Reichs-Medizinal-Kalender
[2] Handbuch der medizinischen Statistik - Friedrich Prinzing
[3] Ohne Anstaltsärzte, sofern diese ausschließlich in und für Anstalten beschäftigt sind
[4] Selbständige Zivilärzte

Ärzte nach Berufsausübung
III. Das »Dritte Reich«

Jahr	Anzahl der Ärzte				
	insgesamt	davon weiblich	auf 100.000 Einwohner	in freier Praxis	hauptamtlich im Krankenhaus
1934	52.342[1]	3.590[1]	79,0[1]	38.068[1]	10.595[1]
1935	47.624	2.946	72,0	—	—
1936	55.259[1]	4.135[1]	82,0[1]	37.525[1]	13.849[1]
1937	49.035	3.312	73,0	—	—
1938	49.907[2]	3.520	73,0	—	—
1939	47.832[2]	3.650	70,0	—	—

[1] Reichs-Medizinal-Kalender
[2] Deutsches Reich, Gebietsstand: 31. 12. 1937

Ärzte nach Berufsausübung
IV. Die Nachkriegszeit

Jahr	Anzahl der Ärzte					
	insgesamt	davon weiblich	auf 100.000 Einwohner	in freier Praxis	hauptamtlich im Krankenhaus	andere[3]
1950	63.391	—	132,0	36.446	—	1.480[4]
1952	68.135[1]	9.130	136,0	39.739	15.646	3.774
1953	69.411[1]	—	137,0	42.388	16.396	10.627
1954	71.005[1]	—	139,0	42.097[2]	17.332	—
1955	71.967[1]	10.507	139,0	—	18.120	—
1956	73.843	10.914	138,0	46.002	19.654	6.042
1957	75.138	11.221	139,0	46.603	20.967	6.440
1958	75.717	11.559	139,0	47.300	22.085	6.541
1959	77.644	11.930	141,0	47.813	22.427	7.358
1960	79.350	12.538	142,0	49.225	22.573	7.479
1961	80.825	12.941	143,0	49.790	22.941	8.069
1962	82.097	13.429	143,0	50.476	22.851	8.285
1963	83.025	13.862	143,0	50.375	24.530	8.514
1964	84.203	14.273	144,0	50.060	25.778	8.819
1965	85.801	14.739	145,0	50.215	27.040	9.051
1966	86.700	15.185	145,0	49.945	27.744	9.133
1967	88.559	15.764	145,0	49.940	29.200	9.634
1968	90.882	16.541	150,0	50.178	30.966	9.788
1969	93.934	17.332	154,0	50.379	33.754	9.785

[1] Ohne Saarland
[2] Ohne Berlin
[3] In der Verwaltung und Forschung
[4] Vollbeschäftigte Ärzte in Gesundheitsämtern

Ärzte nach Berufsausübung
IV. Die Nachkriegszeit

Jahr	Anzahl der Ärzte					
	insgesamt	davon weiblich	auf 100.000 Einwohner	in freier Praxis	hauptamtlich im Krankenhaus	andere[3]
1970	99.654	19.134	161,0	50.731	38.683	10.268
1971	103.910	20.159	169,0	51.159	42.457	10.506
1972	107.403	20.944	173,0	51.778	45.173	10.487
1973	110.980	22.085	179,0	52.473	48.151	10.809
1974	114.661	23.162	185,0	53.873	51.041	10.447
1975	118.726	23.983	193,0	55.692	53.041	10.663
1976	122.075	24.537	199,0	56.969	54.648	10.593
1977	125.274	25.305	204,0	58.298	56.202	10.774

[3]) In der Verwaltung und Forschung

Ärzte in Krankenhäusern nach ihrer funktionellen Stellung

Jahr	Ärzte insgesamt in Krankenhäusern	Hauptamtliche Ärzte				Belegärzte	Sonstige Ärzte
		Leitende Ärzte	Oberärzte	Assistenzärzte	insgesamt		
1952	28.250	4.368	1.982	9.296	15.646	6.750	5.854
1953	28.955	4.273	2.083	10.040	16.396	7.060	5.499
1954	29.371	4.327	2.231	10.774	17.332	7.138	4.901
1955	29.470	4.334	2.395	11.391	18.120	7.310	4.040
1956	30.321	3.650	3.509	12.494	19.653	7.510	3.158
1957	30.417	5.056	2.424	13.487	20.967	7.450	2.000
1958	30.801	5.169	2.701	14.215	22.085	7.500	1.216
1959	30.835	5.335	2.940	14.152	22.427	7.552	856
1960	30.767	5.431	3.159	13.988	22.578	7.601	588
1961	31.380	5.481	3.436	14.024	22.941	7.597	842
1962	32.146	5.642	3.655	14.554	23.851	7.546	749
1963	32.797	5.722	3.851	14.957	24.530	7.573	694
1964	33.547	5.746	4.206	15.826	25.778	7.247	522
1965	34.785	5.912	4.504	16.624	27.040	7.252	493
1966	35.713	5.978	4.788	16.978	27.744	7.176	793
1967	37.200	6.155	5.093	17.952	29.200	7.139	861
1968	38.891	6.390	5.314	19.262	30.966	7.036	889
1969	41.589	6.699	5.666	21.389	33.754	6.880	955
1970	46.550	6.923	6.146	25.614	38.683	6.865	1.002
1971	50.121	7.337	6.762	28.358	42.457	6.668	996
1972	52.827	7.674	7.110	30.392	45.176	6.508	1.143
1973	55.749	7.854	7.754	32.543	48.151	6.422	1.176
1974	58.430	8.216	8.457	34.368	51.041	6.221	1.168
1975	60.635	8.575	9.027	35.439	53.041	6.174	1.420
1976	62.301	8.700	9.499	36.449	54.648	6.120	1.533
1977	63.808	8.940	9.948	37.314	56.202	6.042	1.564

Verhältnis zwischen Ärzten und leitenden Ärzten

Jahr	Leitende Ärzte	Hauptamtliche Ärzte ohne leitende Ärzte	Hauptamtliche Ärzte pro leitender Arzt
1952	4.368	11.278	2,6
1953	4.273	12.123	2,8
1954	4.327	13.005	3,0
1955	4.334	13.786	3,2
1956	3.650	16.003	4,4
1957	5.056	15.911	3,1
1958	5.169	16.916	3,3
1959	5.335	17.092	3,2
1960	5.431	17.147	3,2
1961	5.481	17.460	3,2
1962	5.642	18.209	3,2
1963	5.722	18.808	3,3
1964	5.746	20.032	3,5
1965	5.912	21.128	3,6
1966	5.978	21.766	3,6
1967	6.155	23.045	3,7
1968	6.390	24.576	3,8
1969	6.699	27.055	4,0
1970	6.923	31.760	4,6
1971	7.337	35.120	4,8
1972	7.674	37.502	4,9
1973	7.854	40.297	5,1
1974	8.216	42.825	5,2
1975	8.575	44.466	5,2
1976	8.700	45.948	5,3
1977	8.940	47.262	5,4

Planmäßige Betten pro Arzt

Jahr	Ärzte im Krankenhaus insgesamt	Leitende Ärzte	Planmäßige Betten	Betten pro Arzt	Betten pro leitender Arzt
1952	28.250	4.368	533.718	18,9	122,2
1953	28.955	4.273	540.400	18,7	126,5
1954	29.371	4.327	551.713	18,8	127,5
1955	29.470	4.334	558.340	18,9	128,8
1956	30.321	3.650	575.311	19,0	157,6
1957	30.417	5.056	582.871	19,2	115,3
1958	30.801	5.169	588.293	19,1	113,8
1959	30.835	5.335	597.148	19,4	111,9
1960	30.767	5.431	583.513	19,0	107,4
1961	31.380	5.481	594.642	18,9	108,5
1962	32.146	5.642	604.932	18,8	107,2
1963	32.797	5.722	615.685	18,8	107,6
1964	33.547	5.746	619.388	18,5	107,8
1965	34.785	5.912	631.447	18,2	106,8
1966	35.713	5.978	640.372	17,9	107,1
1967	37.200	6.155	649.590	17,5	105,5
1968	38.891	6.390	665.546	17,1	104,2
1969	41.589	6.699	677.695	16,3	101,2
1970	46.550	6.923	683.254	14,7	98,7
1971	50.121	7.337	690.236	13,8	94,1
1972	52.827	7.674	701.263	13,3	91,4
1973	55.749	7.854	707.460	12,7	90,1
1974	58.430	8.216	716.530	12,3	87,2
1975	60.635	8.575	729.791	12,0	85,1
1976	62.301	8.700	726.846	11,7	83,5
1977	63.808	8.940	722.953	11,3	80,9

Patienten pro Arzt mit Differenzierung nach funktioneller Stellung

Jahr	Stationär behandelte Kranke 1000	Anzahl der leitenden Ärzte	Anzahl der Oberärzte	Anzahl der Assistenzärzte	Anzahl der stationär behandelten Kranken		
					1 leitender Arzt	1 Oberarzt	1 Assistenzarzt
1953	5.216,5[1]	4.273	2.083	10.040	1.220,8	2.504,3	519,6
1954	6.311,8	4.327	2.231	10.774	1.458,7	2.829,1	585,8
1955	6.774,9	4.334	2.395	11.391	1.563,2	2.828,8	594,8
1956	6.724,9	3.650	3.509	12.494	1.842,4	1.916,5	538,3
1957	6.925,8	5.056	2.424	13.487	1.369,8	2.857,2	513,5
1958	7.060,4	5.169	2.701	14.215	1.365,9	2.614,0	496,7
1959	7.287,0	5.335	2.940	14.152	1.365,9	2.478,6	514,9
1960	7.350,2	5.431	3.159	13.988	1.353,4	2.326,7	525,5
1961	7.481,8	5.481	3.436	14.024	1.365,0	2.177,5	533,5
1962	7.533,2	5.642	3.655	14.554	1.335,2	2.061,1	517,6
1963	7.718,1	5.722	3.851	14.957	1.348,8	2.004,2	516,0
1964	7.952,7	5.746	4.206	15.826	1.384,0	1.890,8	502,5
1965	8.121,2	5.912	4.504	16.624	1.373,7	1.803,1	488,5
1966	8.372,0	5.978	4.788	16.978	1.400,5	1.748,5	493,1
1967	8.565,5	6.155	5.093	17.952	1.391,6	1.681,8	477,1
1968	8.874,2	6.390	5.314	19.262	1.388,8	1.670,0	460,7
1969	9.148,5	6.699	5.666	21.389	1.365,7	1.614,6	427,7
1970	9.337,7	6.923	6.146	25.614	1.348,8	1.519,3	364,6
1971	9.649,6	7.337	6.762	28.358	1.315,2	1.427,0	340,3
1972	9.829,5	7.674	7.110	30.392	1.280,9	1.382,5	323,4
1973	10.007,1	7.854	7.754	32.543	1.274,1	1.290,6	307,5
1974	10.300,8	8.216	8.457	34.368	1.253,7	1.218,0	299,7
1975	10.426,8	8.575	9.027	35.439	1.215,0	1.155,1	294,2
1976	10.657,9	8.700	9.499	36.449	1.225,0	1.122,0	292,4
1977	10.931,3	8.940	9.948	37.314	1.222,7	1.098,8	293,0

[1]) Bundesgebiet ohne Bayern

Vergleich zwischen Fachärzten und Ärzten ohne Facharzttätigkeit

Jahr	Fachärzte insgesamt	%	darunter hauptamtlich im Krankenhaus	Ärzte ohne Facharzttätigkeit insgesamt[1]	%	darunter hauptamtlich im Krankenhaus
1952	19.853[2]	31,1	—	44.045[2]	68,9	—
1953	21.133[2]	32,4	—	44.147[2]	67,6	—
1954	21.758[2]	32,6	—	45.078[2]	67,4	—
1955	23.371[2]	34,6	7.294[2]	44.231[2]	65,4	12.842
1956	26.541	35,9	8.505	47.303	64,1	13.295
1957	28.179	37,5	9.290	46.959	62,5	12.805
1958	29.325	38,7	9.753	46.392	61,3	12.123
1959	30.861	39,7	10.555	46.783	60,3	11.918
1960	32.382	40,8	10.858	46.968	59,2	11.788
1961	34.016	42,1	11.510	46.809	57,9	11.456
1962	34.946	42,6	11.708	47.080	57,4	11.620
1963	35.720	43,0	11.931	47.305	57,0	12.205
1964	35.667	42,4	12.087	48.536	57,6	13.237
1965	36.579	42,6	12.540	49.222	57,4	13.995
1966	37.690	43,5	13.361	49.010	56,5	14.261
1967	38.645	43,6	13.386	49.914	56,4	15.599
1968	39.804	43,8	14.219	51.078	56,2	16.697
1969	40.576	43,2	14.853	53.358	56,8	18.917
1970	41.647	41,8	15.717	58.007	58,2	22.938
1971	43.653	42,0	16.874	60.257	58,0	25.371
1972	45.448	42,3	17.777	61.955	57,7	27.361
1973	47.588	42,9	18.915	63.392	57,1	28.783
1974	50.524	44,1	26.866	64.137	55,9	31.564
1975	54.099	45,6	28.830	64.627	54,4	31.805
1976	56.255	46,1	29.620	65.820	53,9	32.681
1977	58.770	46,9	30.494	66.504	53,1	33.314
1978	60.376	46,4	31.385	69.657	53,6	35.830

[1] Ärzte für Allgemeinmedizin, praktische Ärzte und Ärzte in der Weiterbildung zum Facharzt

[2] ohne West-Berlin

Jahr	Krankenschwestern, Krankenpfleger						Hebammen			
	insgesamt	davon weiblich	auf 100.000 Einwohner	Angehörige konfession. Krankenpflegeverbände	sonstige staatliche anerkannte	sonstige nicht staatlich anerkannte	Anzahl	auf 100.000 Einwohner	Anstalts- u. Bezirks-Hebammen	sonstige Hebammen
1907	75.000	—	—	47.000	—	—	—	—	—	—
1909	68.818	55.937	108	—	—	—	37.736	69	—	—
1926	—	—	—	—	—	—	13.231[1]	—	—	—
1927	88.872	74.839	141	32.730[5]	56.446[4]	32.426[4]	29.348	46	20.010[2]	9.338[3]
1928	101.668	85.081	160	47.847	27.861	25.961	28.102	44	7.618	20.484
1929	111.678	91.529	174	52.869	27.772	31.037	27.484	43	7.287	20.197
1930	110.491	91.082	171	53.209[4]	26.838[4]	30.564[4]	26.843	42	7.025	19.818
1931	115.048	93.952	178	55.397	30.535	29.116	26.583	41	6.966	19.617

[1] Hebammen in Bayern, Sachsen, Württemberg, Baden, Thüringen, Hessen, Hamburg, Mecklenburg-Schwerin, Oldenburg, Braunschweig, Anhalt, Bremen, Lippe, Lübeck, Mecklenburg-Strelitz, Waldeck, Schaumburg-Lippe
[2] Mit Niederlassungsgenehmigung sowie Anstaltshebammen und Bezirkshebammen
[3] Frei praktizierende Hebammen
[4] Einschließlich der Krankenpflege ausübenden Gemeindeschwestern
[5] Nur staatlich anerkannte

Jahr	Krankenschwestern, Krankenpfleger						Hebammen			
	insgesamt	davon weiblich	auf 100.000 Einwohner	Angehörige konfession. Krankenpflegeverbände	sonstige staatliche anerkannte	sonstige nicht staatlich anerkannte	Anzahl	auf 100.000 Einwohner	Anstalts- u. Bezirks-Hebammen	sonstige Hebammen
1934	120.216	99.598	184	59.283	33.114	27.819	25.911	40	6.948	18.963
1935	126.008	104.822	192	61.587	34.875	29.546	25.737	39	5.546[1]	20.191[1]
1936	131.259	109.246	200	60.710	37.396	33.153	25.765	38	5.572	20.193
1937	131.407	110.153	194	64.268	35.436	31.703	25.143	37	5.797	19.346
1938[2]	132.288	111.603	194	63.699	38.180	30.409	24.377	36	1.205	23.172
1939	135.450	—	197	65.162	39.630	30.658	23.745	35	1.296	22.449

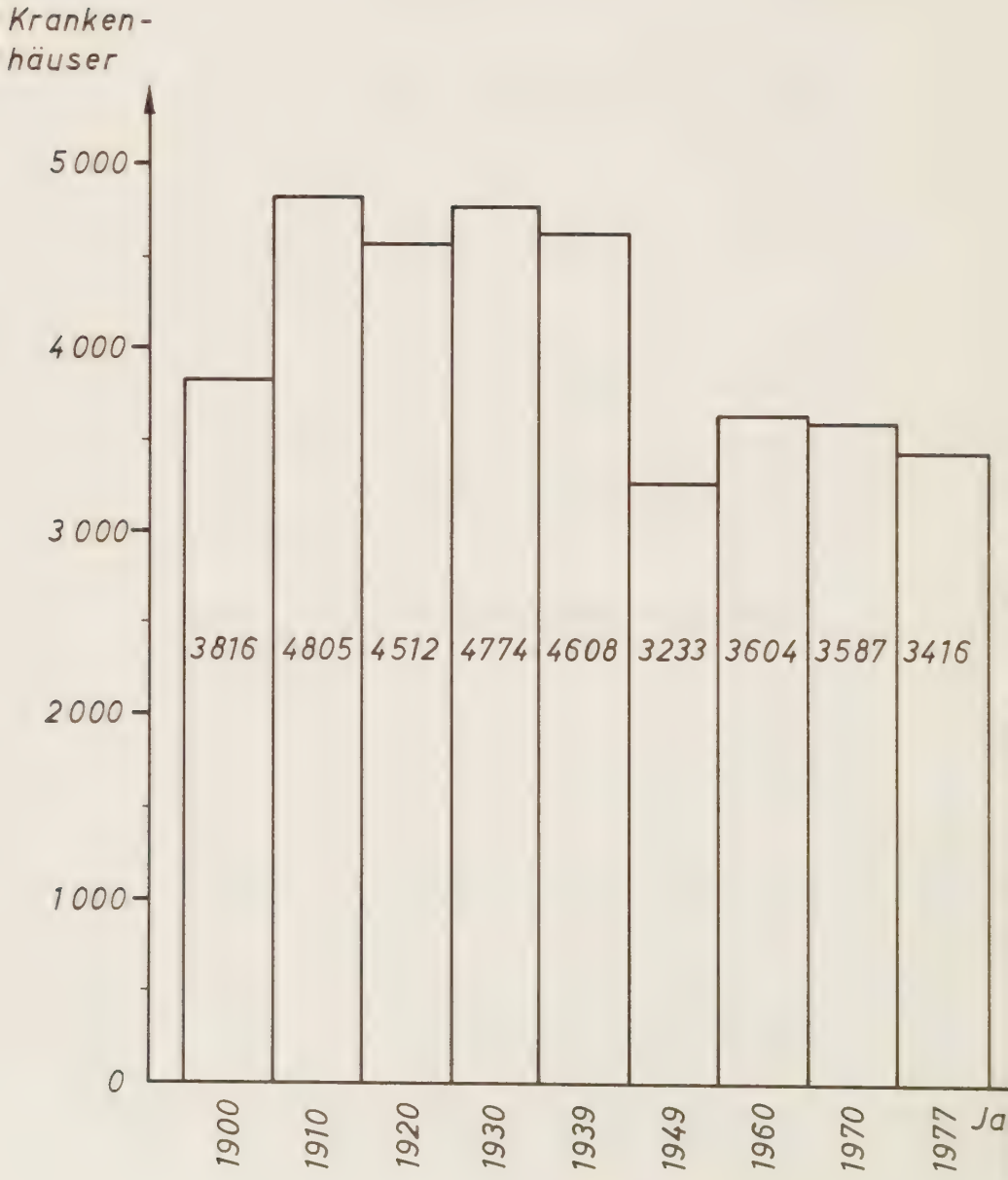
[1] Ohne Saarland
[2] Gebietsstand vom 31. 12. 1937

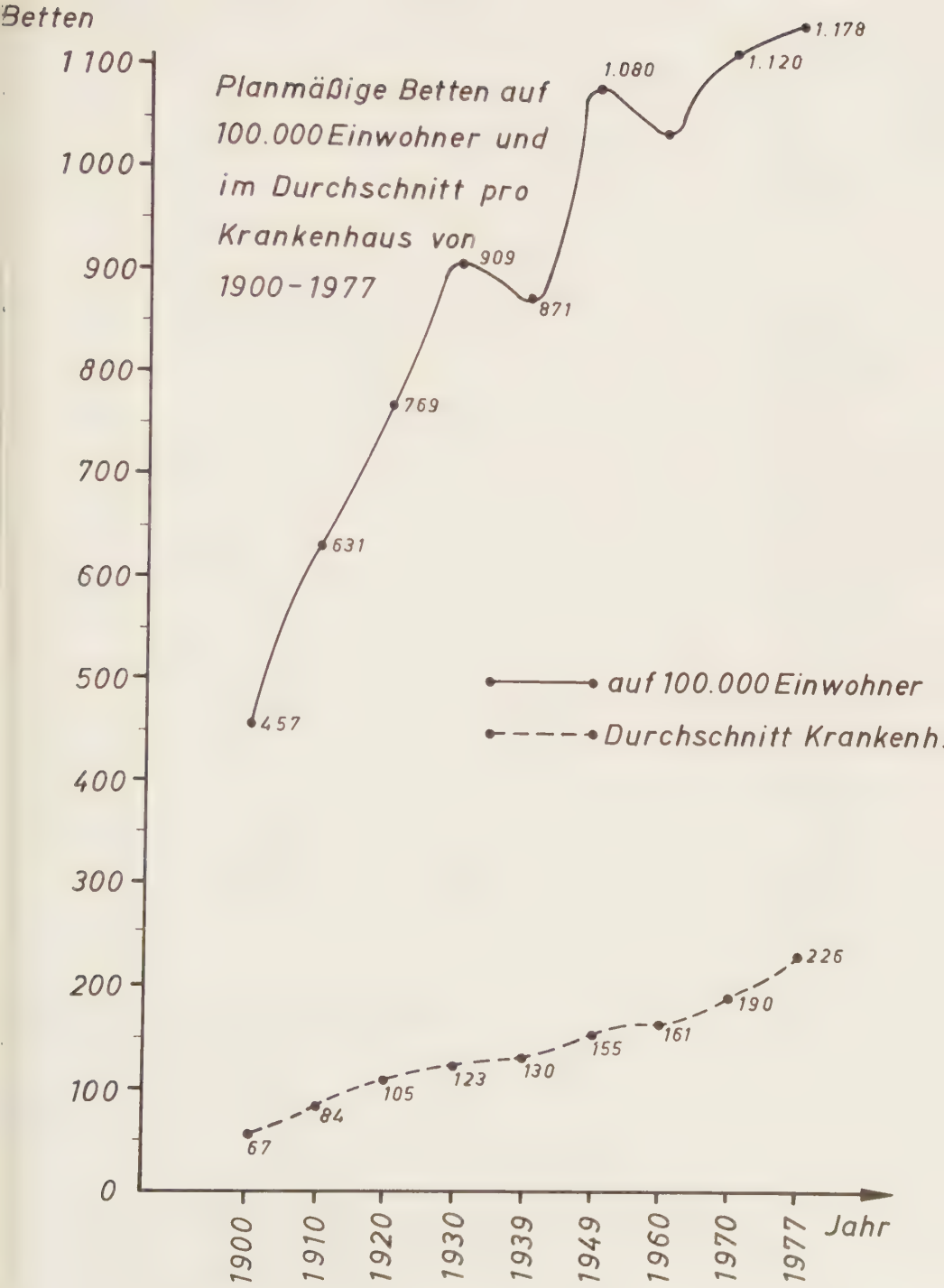
Jahr	Krankenschwestern, Krankenpfleger					Hebammen			
	insgesamt	davon weiblich	auf 100.000 Einwohner	mit Krankenhaus-tätigkeit	in freier Praxis	Anzahl	auf 100.000 Einwohner	mit Krankenhaus-tätigkeit	in freier Praxis
1950	—	—	—	—	—	11.712	24	—	9.537[2]
1952[1]	100.186	91.621	200	66.884	33.302	11.524	23	4.848	6.676
1953[1]	99.515	91.645	196	68.504	31.011	11.240	22	5.243	5.997
1954[1]	100.833	92.791	197	68.638	32.195	11.003	21	5.352	5.651
1955[1]	100.419	92.371	194	71.276	29.143	10.743	20	5.158	5.585
1956	103.851	95.396	195	74.924	28.927	10.692	20	5.108	5.584
1957	106.750	97.758	198	78.674	28.076	10.454	19	5.228	5.226
1958	101.586	91.593	186	84.515	17.071	10.142	19	5.024	5.118
1959	103.791	93.196	188	83.330	20.461	9.829	18	5.128	4.701
1960	105.187	94.352	189	84.365	20.822	9.442	17	5.195	4.247
1961	106.968	95.661	189	85.149	21.819	9.294	16	5.427	3.867
1962	108.898	97.703	190	86.643	22.255	8.973	16	5.437	3.536
1963	109.376	97.409	189	87.537	21.839	8.719	15	5.411	3.308
1964	109.703	97.363	187	88.867	20.836	8.503	15	5.494	3.009
1965	110.059	97.527	186	90.278	19.781	8.230	14	5.564	2.666
1966	112.828	99.609	189	93.588	19.240	7.948	13	5.683	2.265
1967	114.499	101.088	191	95.527	18.972	7.746	13	5.708	2.038
1968	116.367	102.422	192	97.436	18.931	7.481	12	5.750	1.731
1969	118.613	104.134	194	100.503	18.110	7.182	12	5.724	1.458
1970	123.340	108.417	199	106.745	16.595	6.857	11	5.563	1.294

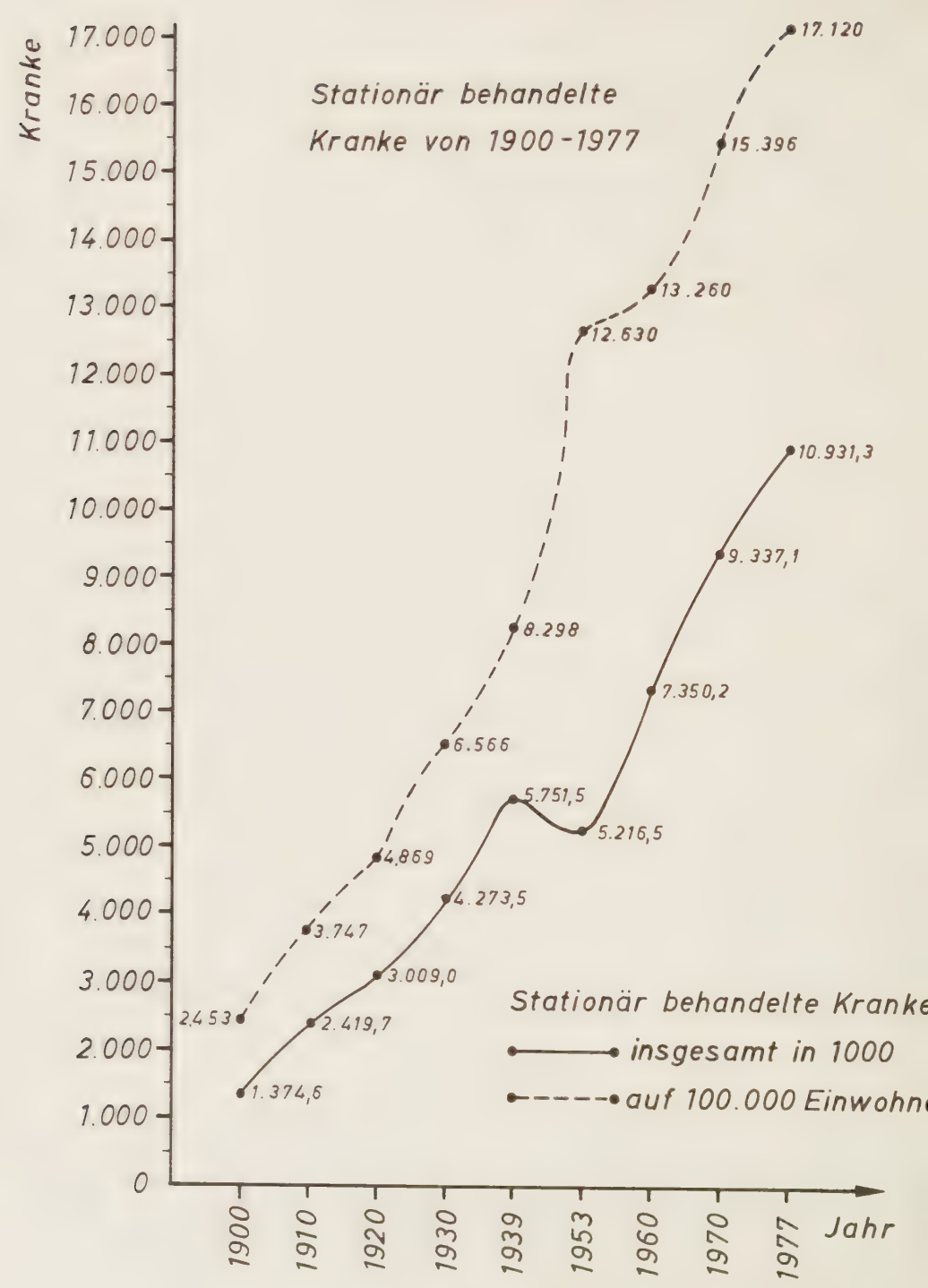
[1] Bundesgebiet ohne Saarland
[2] Hebammen mit selbständiger Stellung

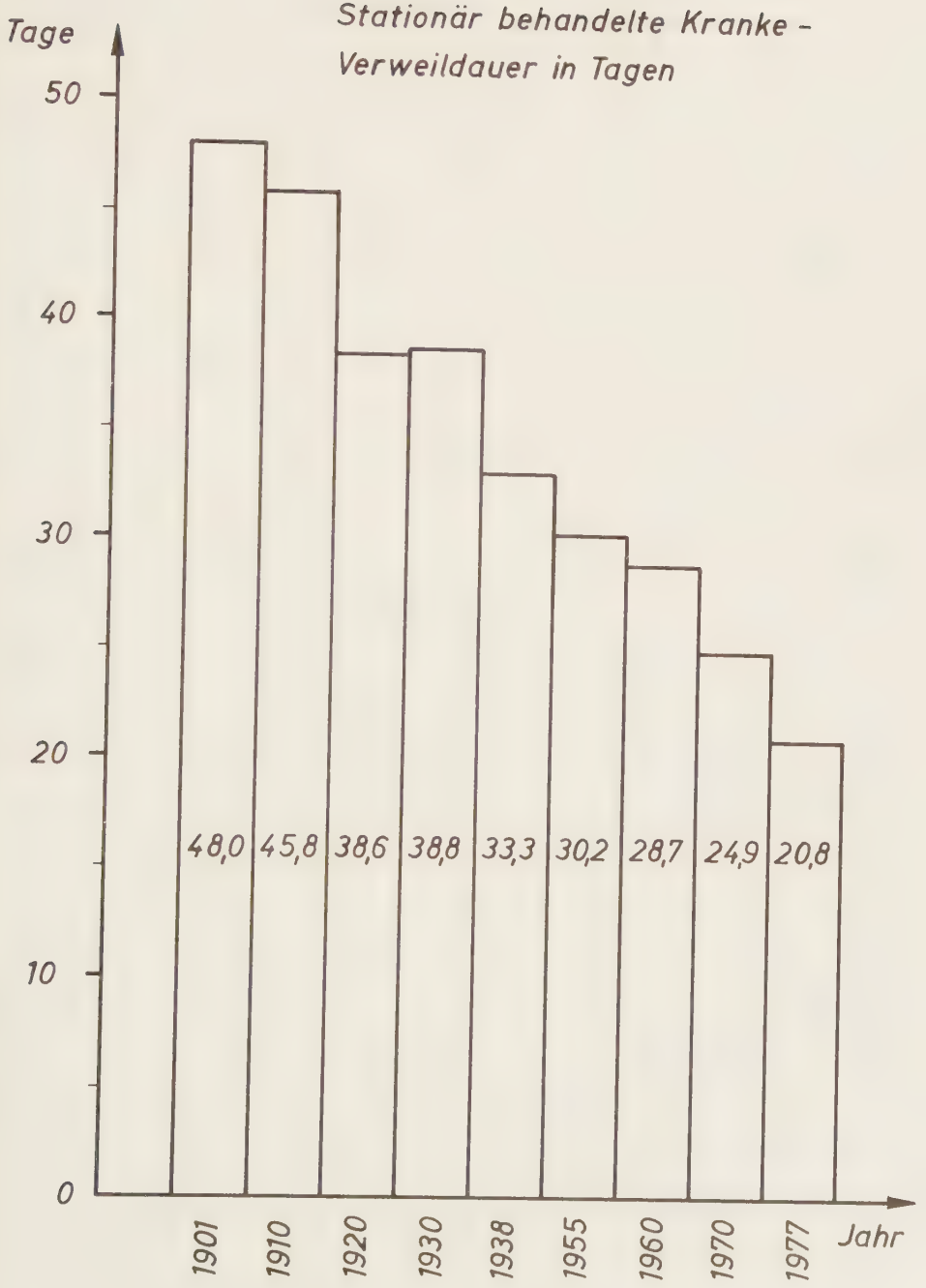
Jahr	Krankenschwestern, Krankenpfleger					Hebammen			
	insgesamt	davon weiblich	auf 100.000 Einwohner	mit Krankenhaus-tätigkeit	in freier Praxis	Anzahl	auf 100.000 Einwohner	mit Krankenhaus-tätigkeit	in freier Praxis
1971	129.342	104.304	211	114.344	14.998	6.703	9	5.532	1.176
1972	135.429	104.935	220	120.437	14.992	6.505	9	5.358	1.147
1973	141.333	106.769	228	128.100	13.233	6.255	10	5.242	1.013
1974	150.344	111.247	242	138.973	14.998	5.958	10	5.143	815
1975	159.208	116.408	257	144.207	15.001	5.850	11	4.966	884
1976	161.886	118.107	263	149.373	12.513	5.751	11	4.973	778
1977	167.535	123.133	273	155.931	11.604	5.637	11	4.909	728

Anzahl der Krankenhäuser von 1900 - 1977

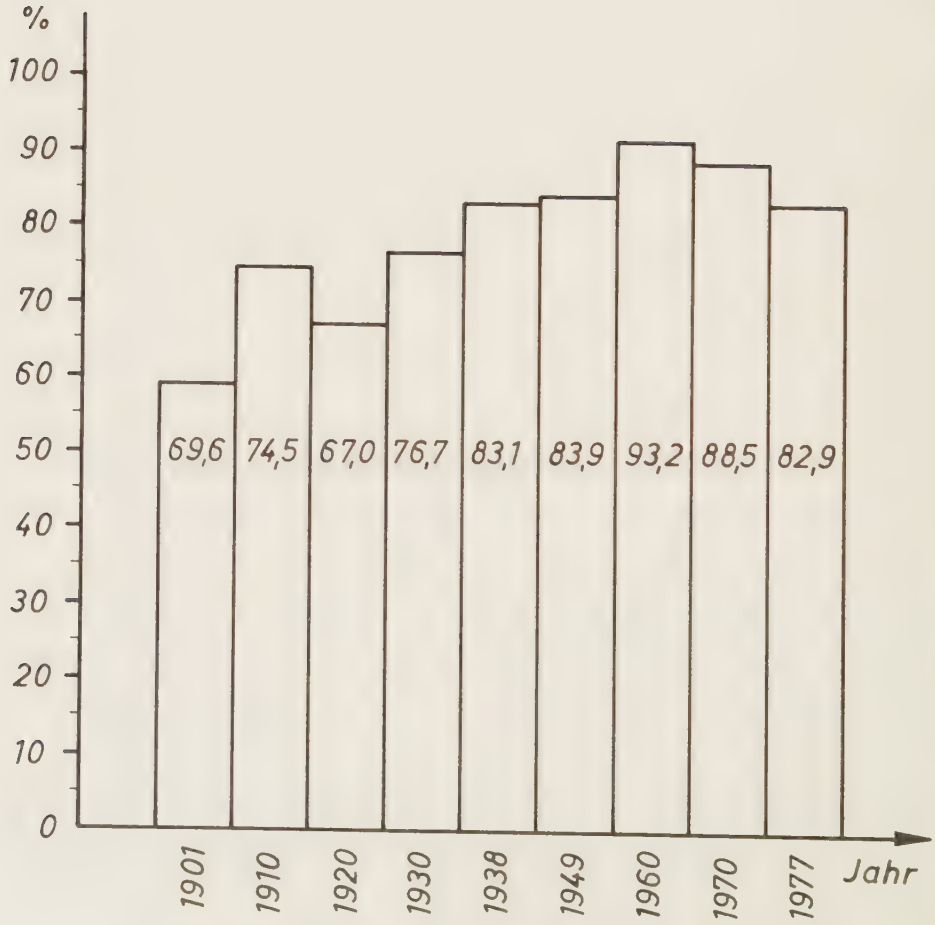


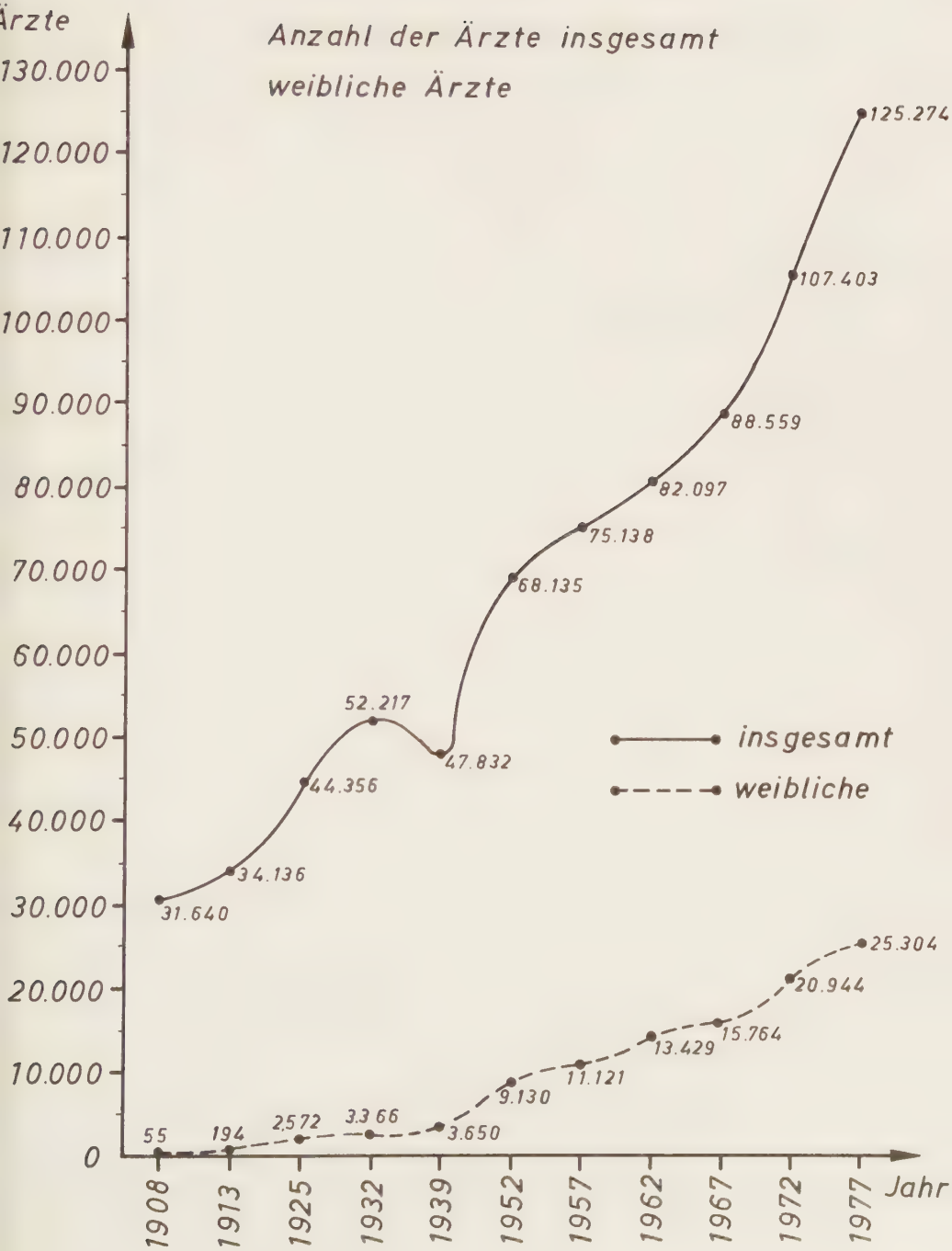

Betten
1100
1000
900
800
700
600
500
400
300
200
100
0
Planmäßige Betten auf 100.000 Einwohner und im Durchschnitt pro Krankenhaus von 1900-1977
457
631
769
909
871
1.080
1.120
1.178
auf 100.000 Einwohner
Durchschnitt Krankenh
67
84
105
123
130
155
161
190
226
1900
1910
1920
1930
1939
1949
1960
1970
1977
Jahr


Kranke
17.000
16.000
15.000
14.000
13.000
12.000
11.000
10.000
9.000
8.000
7.000
6.000
5.000
4.000
3.000
2.000
1.000
0
Stationär behandelte
Kranke von 1900-1977
17.120
15.396
13.260
12.630
8.298
6.566
4.869
3.747
2.453
10.931,3
9.337,1
7.350,2
5.751,5
5.216,5
4.273,5
3.009,0
2.419,7
1.374,6
Stationär behandelte Kranke
insgesamt in 1000
auf 100.000 Einwohn
1900
1910
1920
1930
1939
1953
1960
1970
1977
Jahr

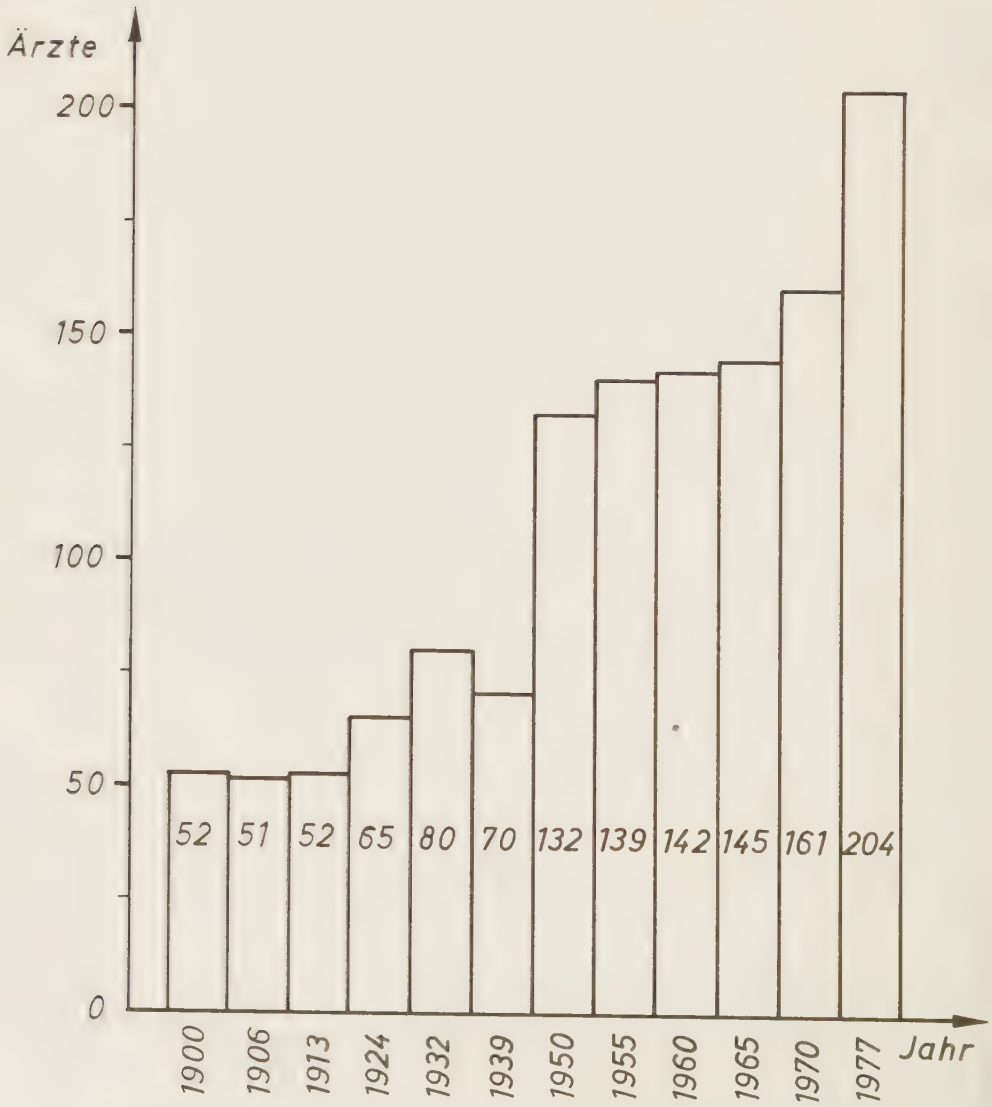

Stationär behandelte Kranke -
Verweildauer in Tagen
Tage
50
40
30
20
10
0
48,0
45,8
38,6
38,8
33,3
30,2
28,7
24,9
20,8
1901
1910
1920
1930
1938
1955
1960
1970
1977
Jahr

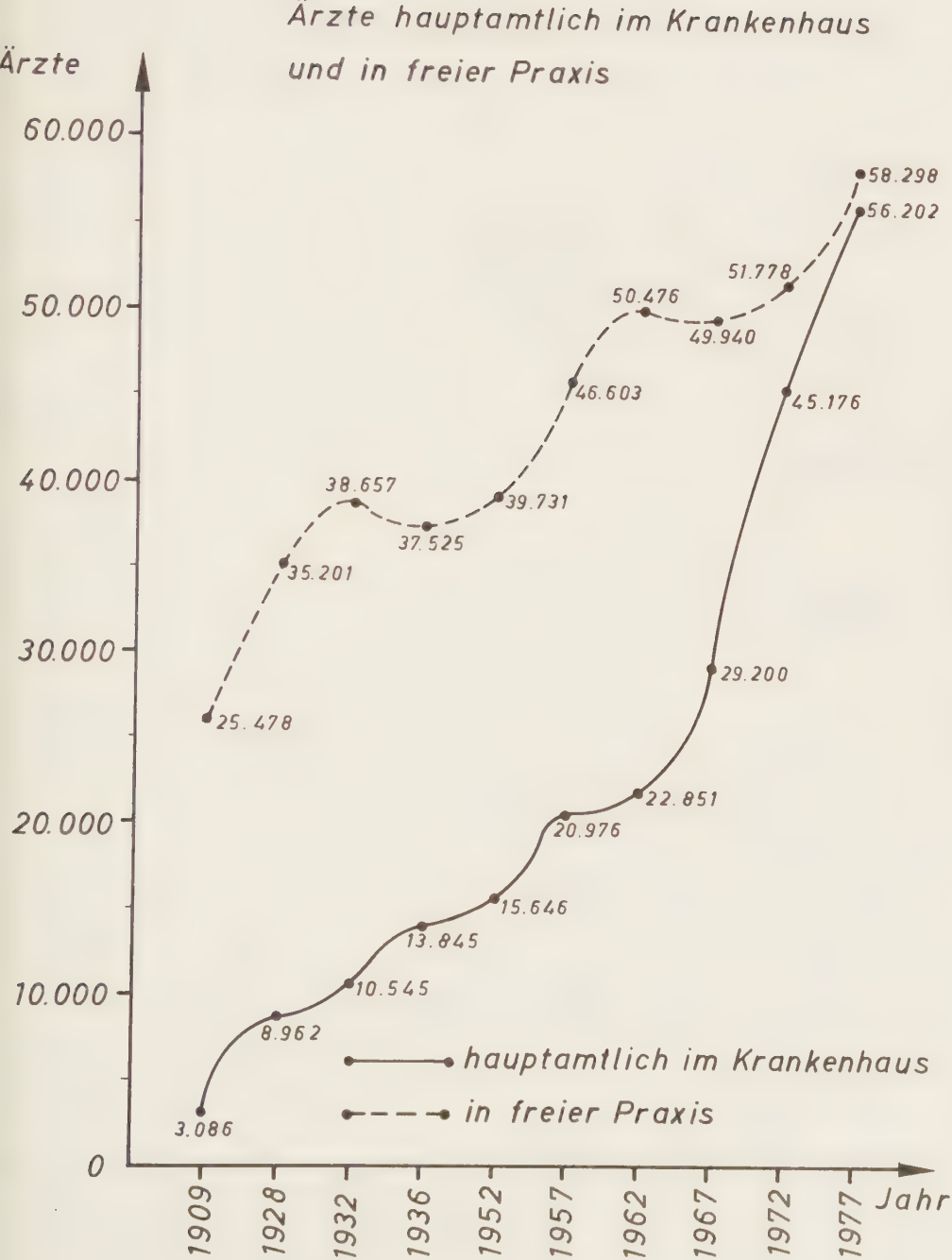
Durchschnittliche Bettenausnutzung

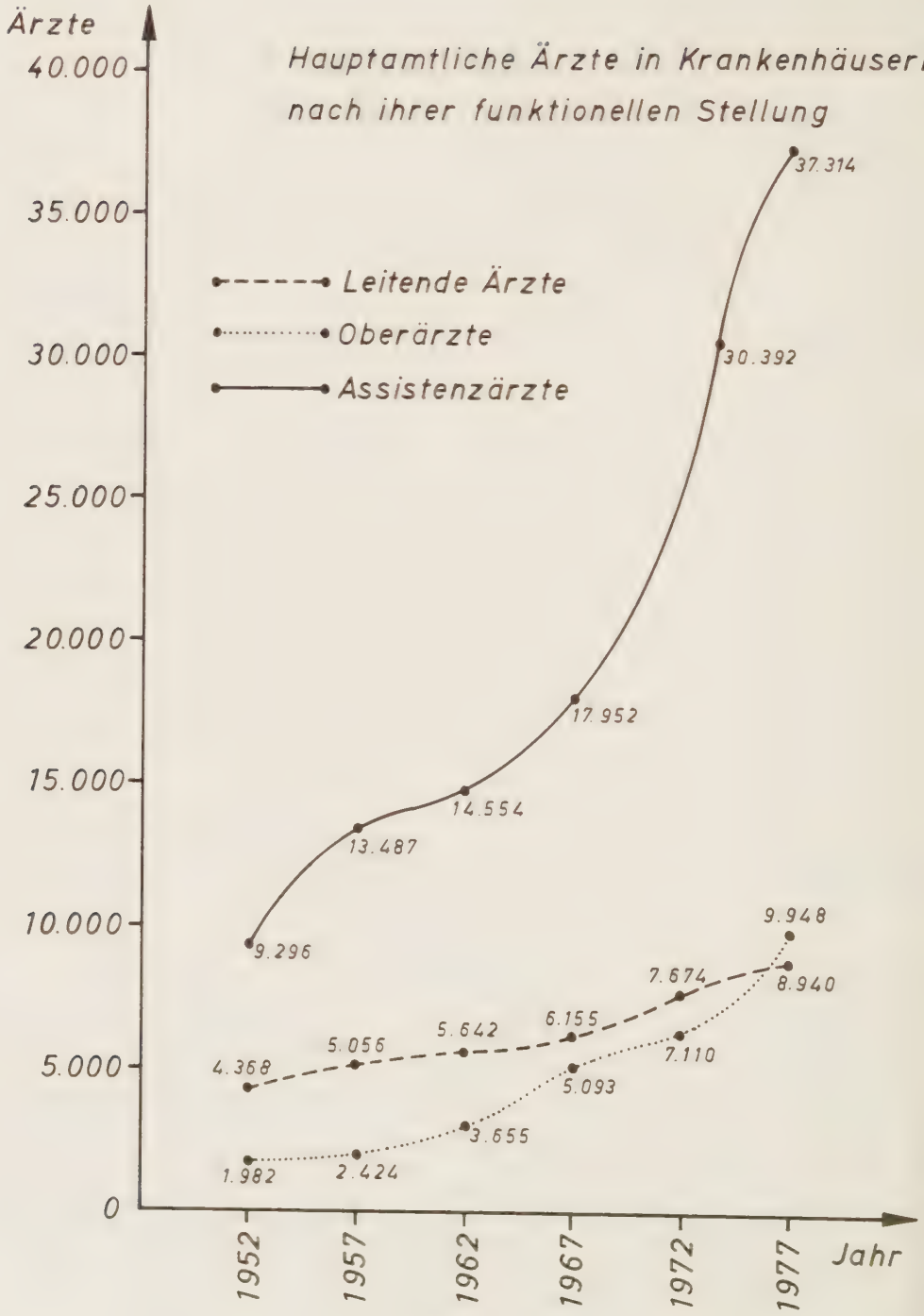


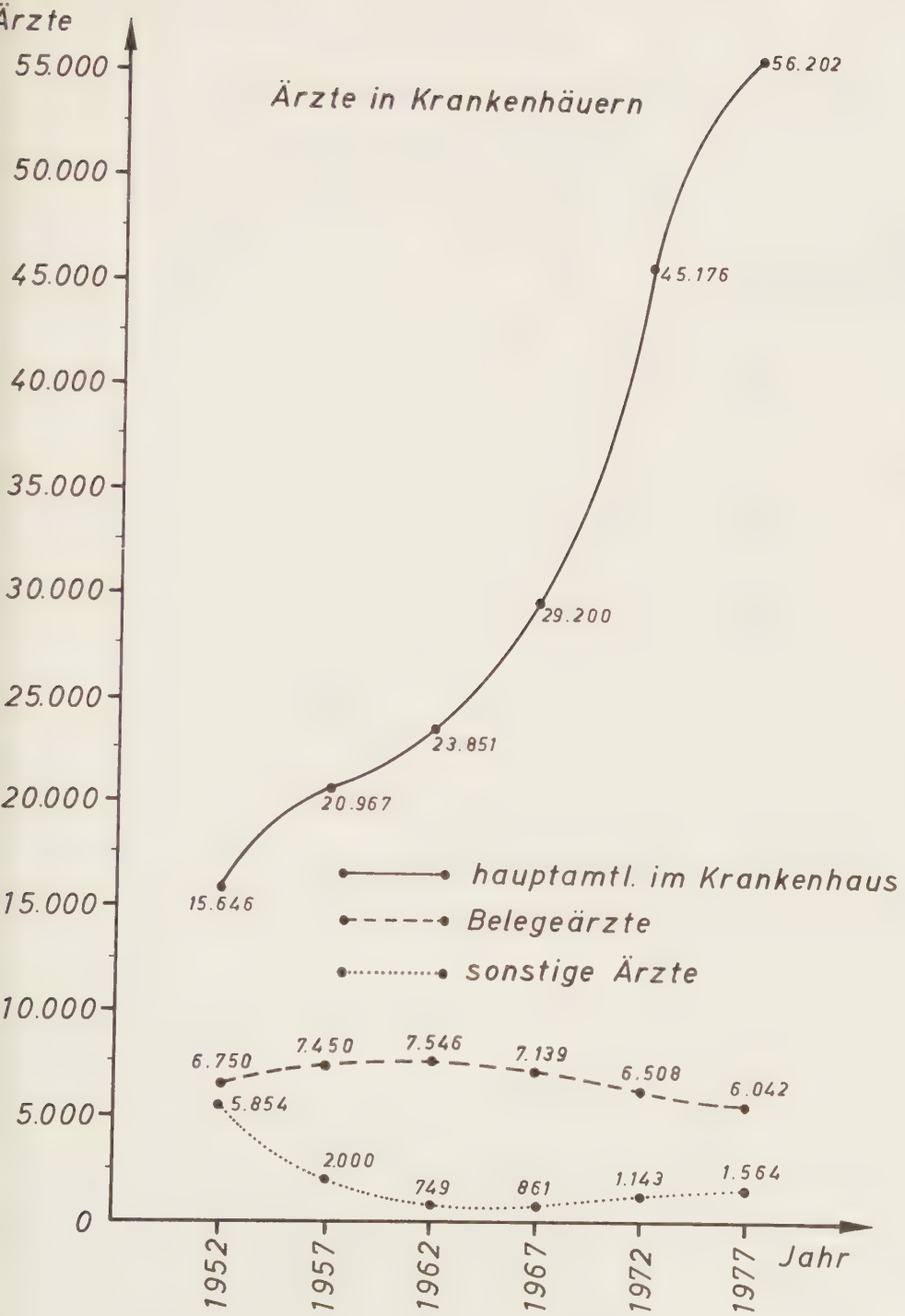

Ärzte
Anzahl der Ärzte insgesamt
weibliche Ärzte
130.000
120.000
110.000
100.000
90.000
80.000
70.000
60.000
50.000
40.000
30.000
20.000
10.000
0
31.640
34.136
44.356
52.217
47.832
68.135
75.138
82.097
88.559
107.403
125.274
55
194
2572
3366
3.650
9.130
11.121
13.429
15.764
20.944
25.304
insgesamt
weibliche
1908
1913
1925
1932
1939
1952
1957
1962
1967
1972
1977
Jahr

Anzahl der Ärzte auf
100.000 Einwohner

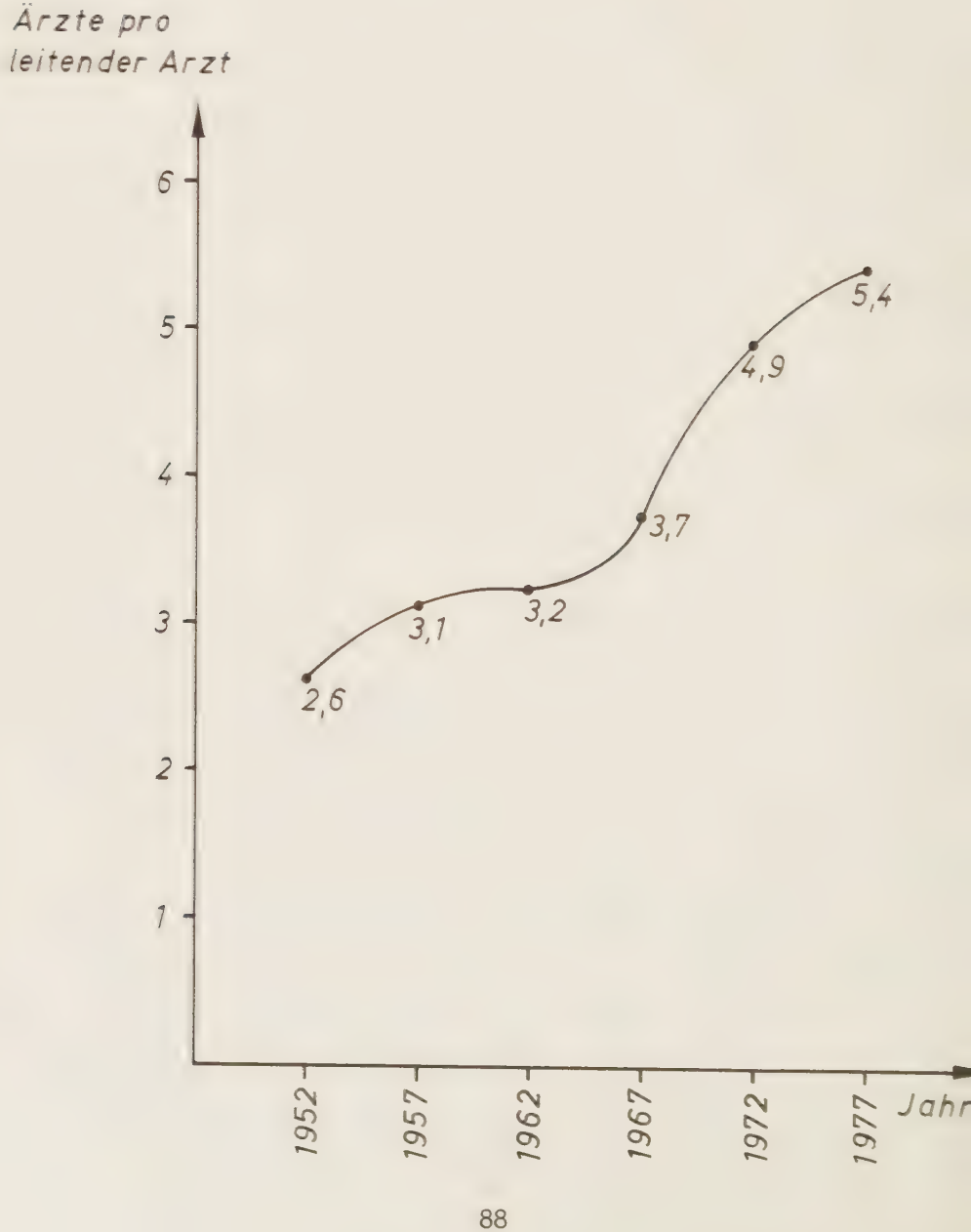



Ärzte hauptamtlich im Krankenhaus
und in freier Praxis
Ärzte
60.000
50.000
40.000
30.000
20.000
10.000
0
58.298
56.202
51.778
50.476
49.940
46.603
45.176
38.657
39.731
37.525
35.201
29.200
25.478
22.851
20.976
15.646
13.845
10.545
8.962
3.086
hauptamtlich im Krankenhaus
in freier Praxis
1909
1928
1932
1936
1952
1957
1962
1967
1972
1977
Jahr

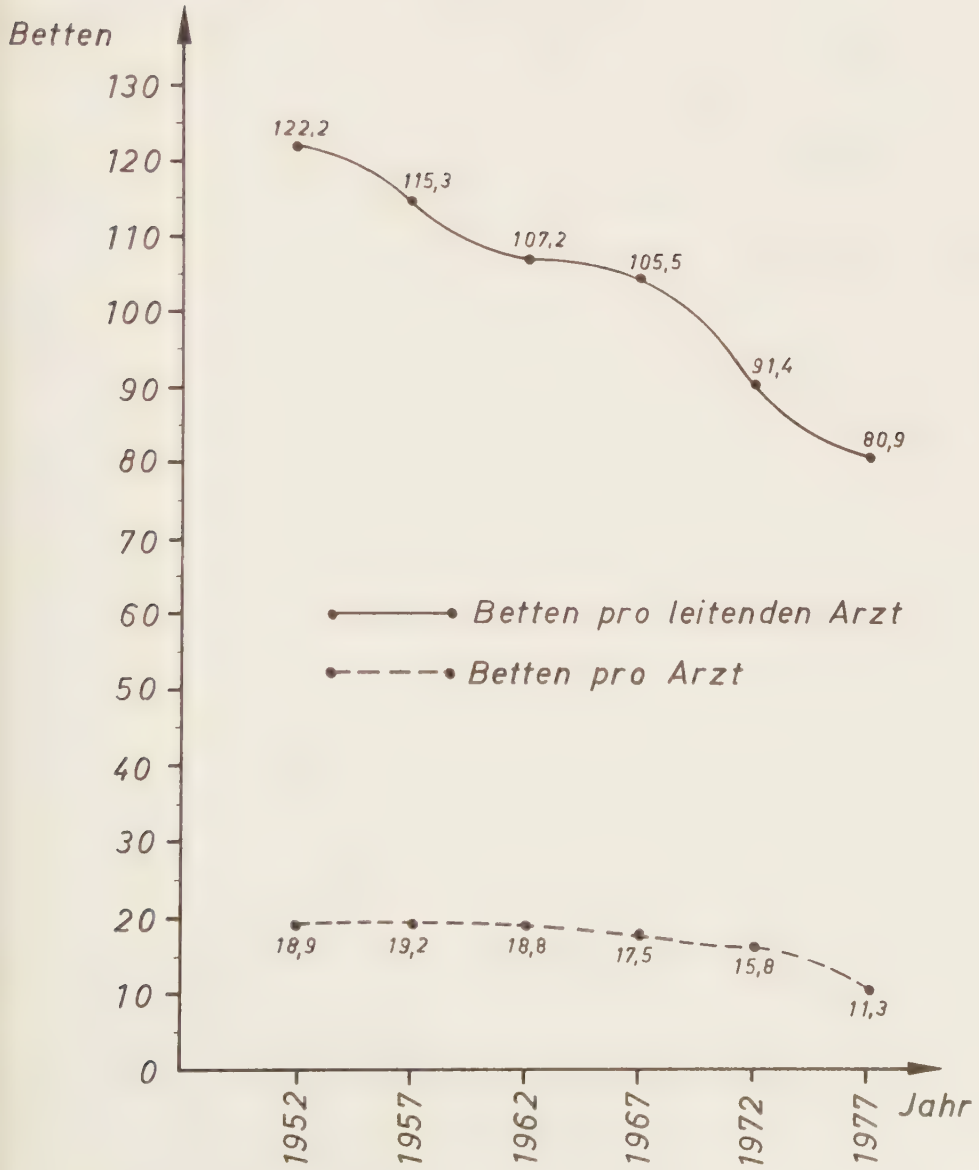

Ärzte
Hauptamtliche Ärzte in Krankenhäusern
nach ihrer funktionellen Stellung
40.000
35.000
30.000
25.000
20.000
15.000
10.000
5.000
0
Leitende Ärzte
Oberärzte
Assistenzärzte
37.314
30.392
17.952
14.554
13.487
9.296
9.948
8.940
7.674
6.155
5.642
5.056
4.368
7.110
5.093
3.655
2.424
1.982
1952
1957
1962
1967
1972
1977
Jahr

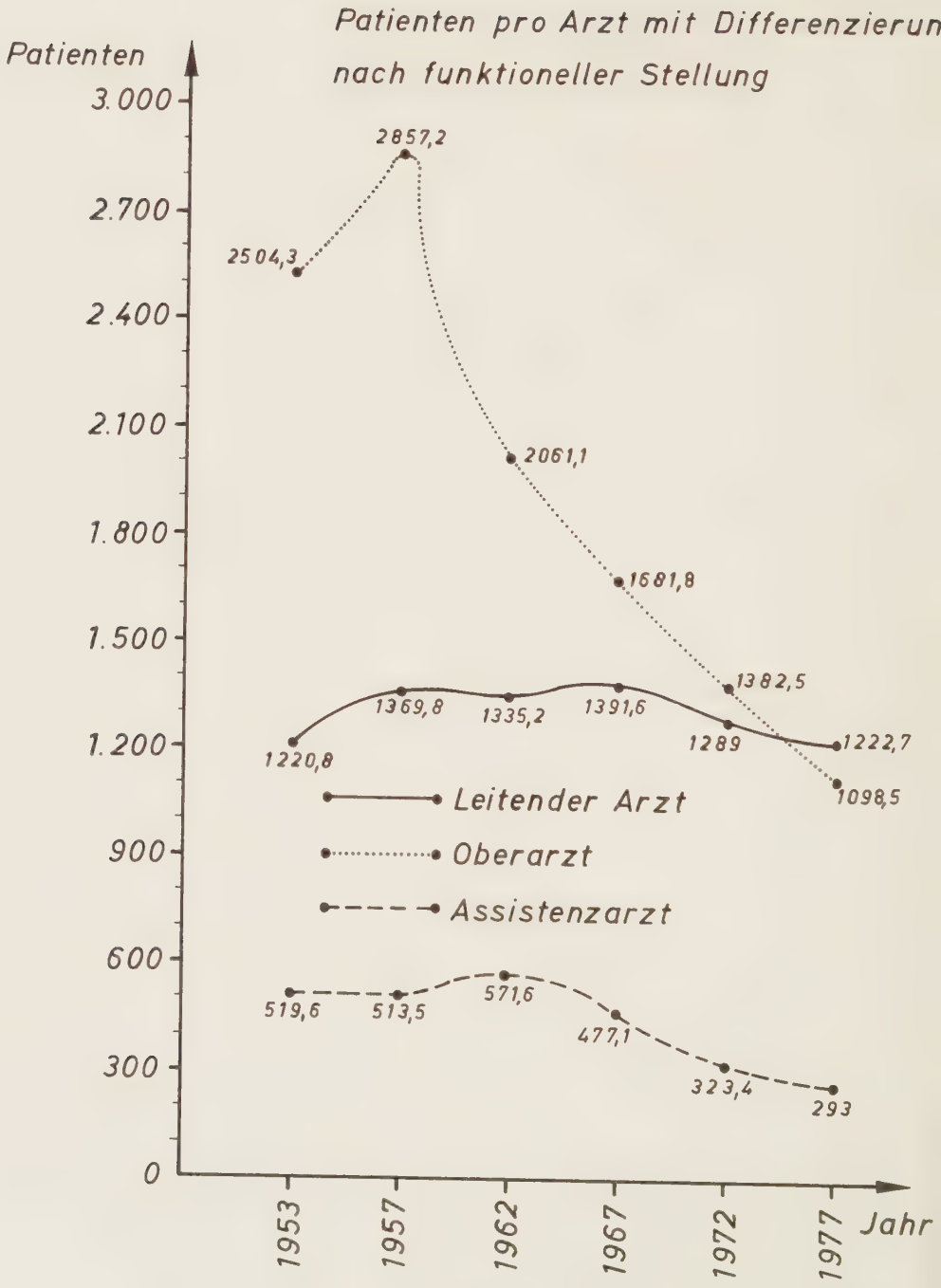

Ärzte
55.000
50.000
45.000
40.000
35.000
30.000
25.000
20.000
15.000
10.000
5.000
0
Ärzte in Krankenhäuern
56.202
45.176
29.200
23.851
20.967
15.646
hauptamtl. im Krankenhaus
Belegeärzte
sonstige Ärzte
6.750
7.450
7.546
7.139
6.508
6.042
5.854
2.000
749
861
1.143
1.564
1952
1957
1962
1967
1972
1977
Jahr

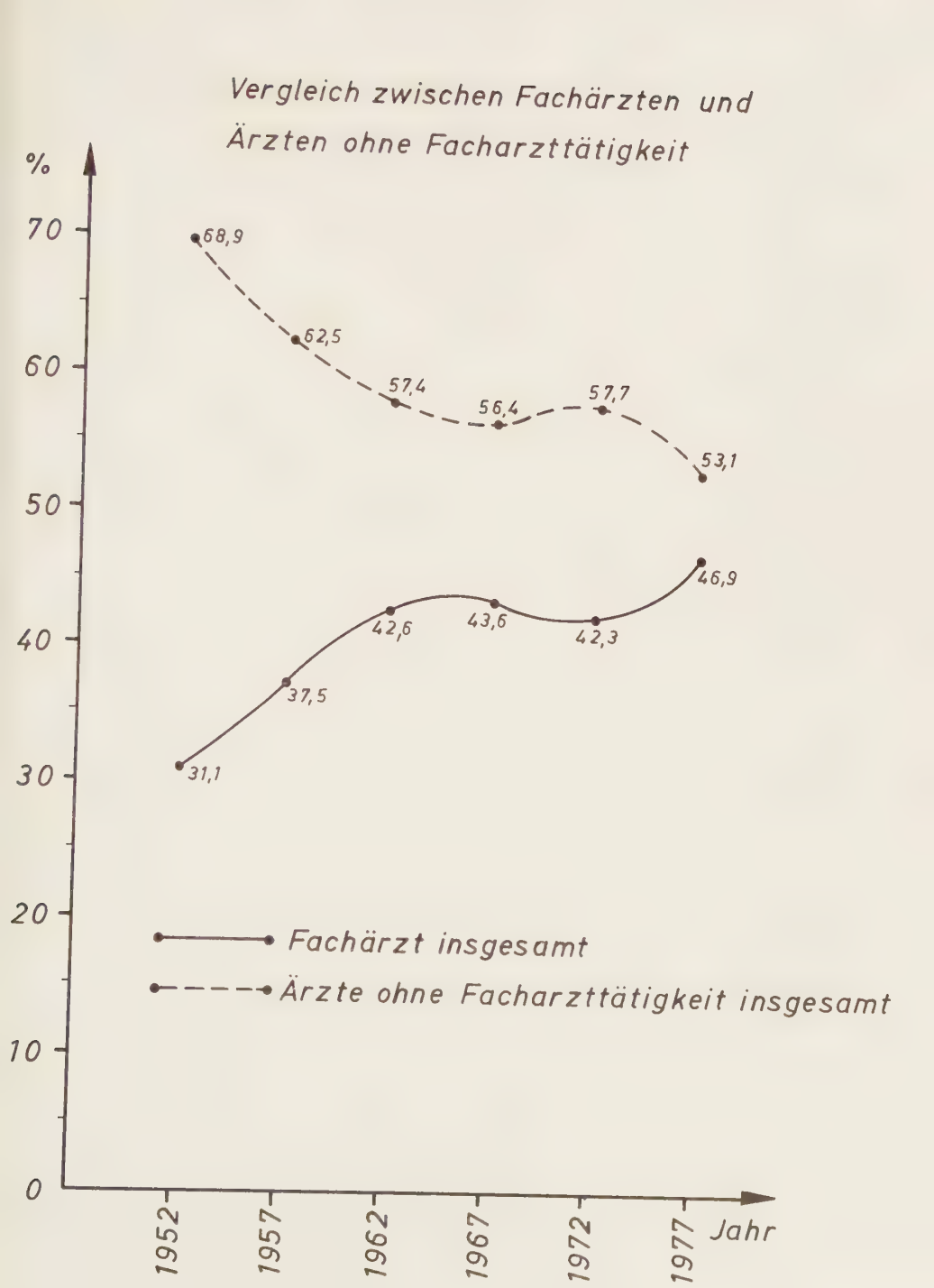
Verhältnis zwischen Ärzten und leitenden Ärzten

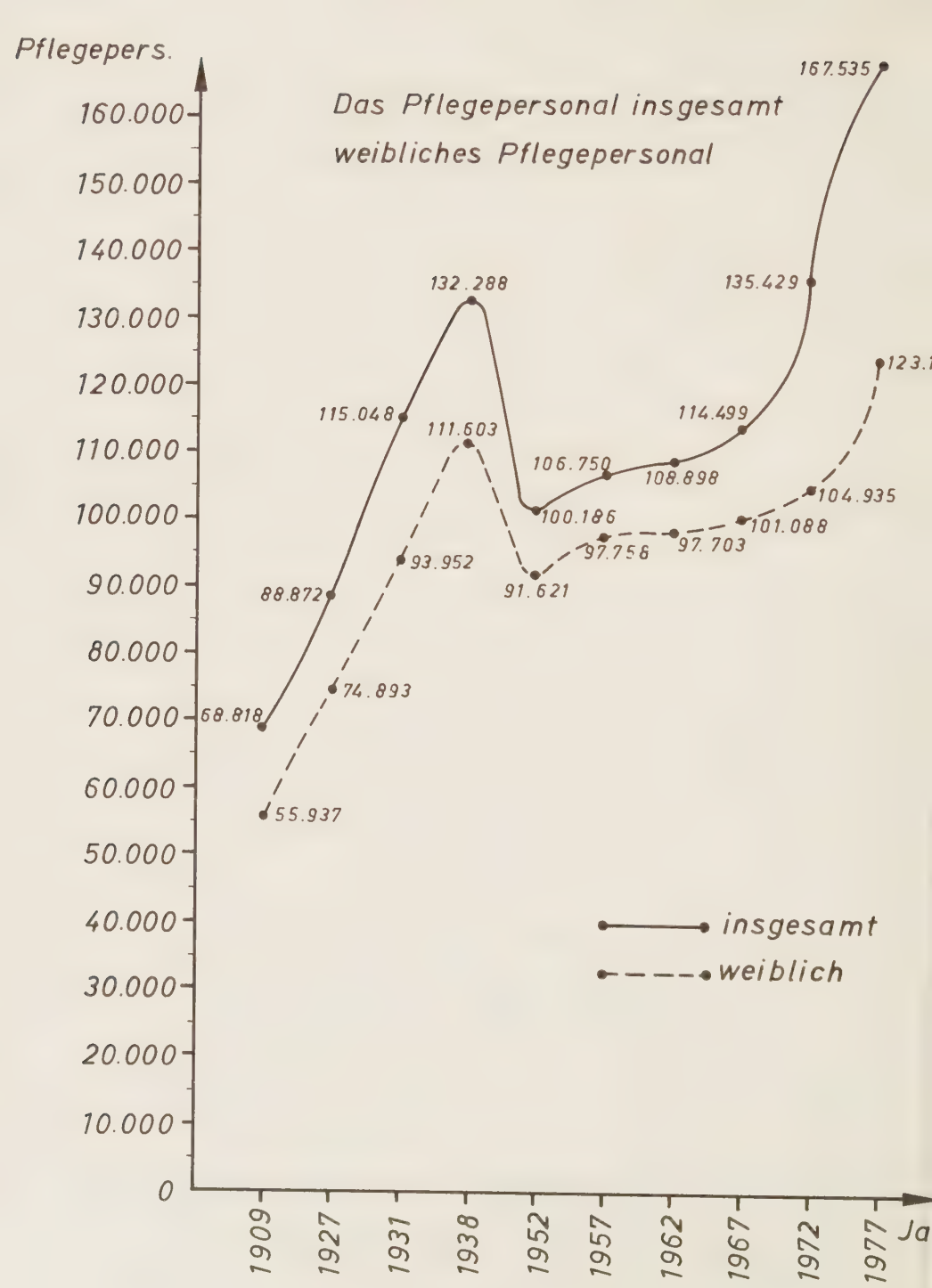


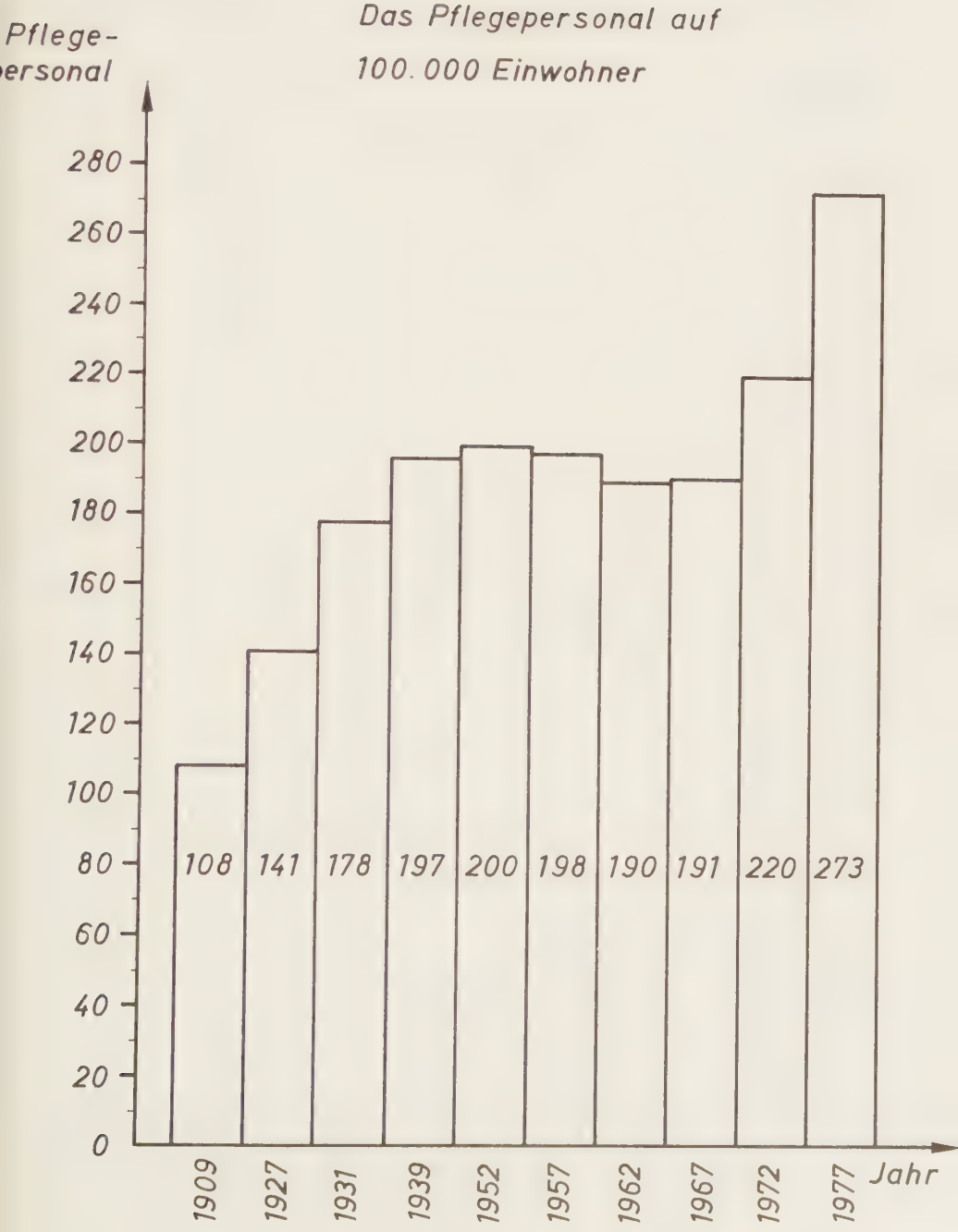
Planmäßige Betten pro Arzt und pro leitender Arzt

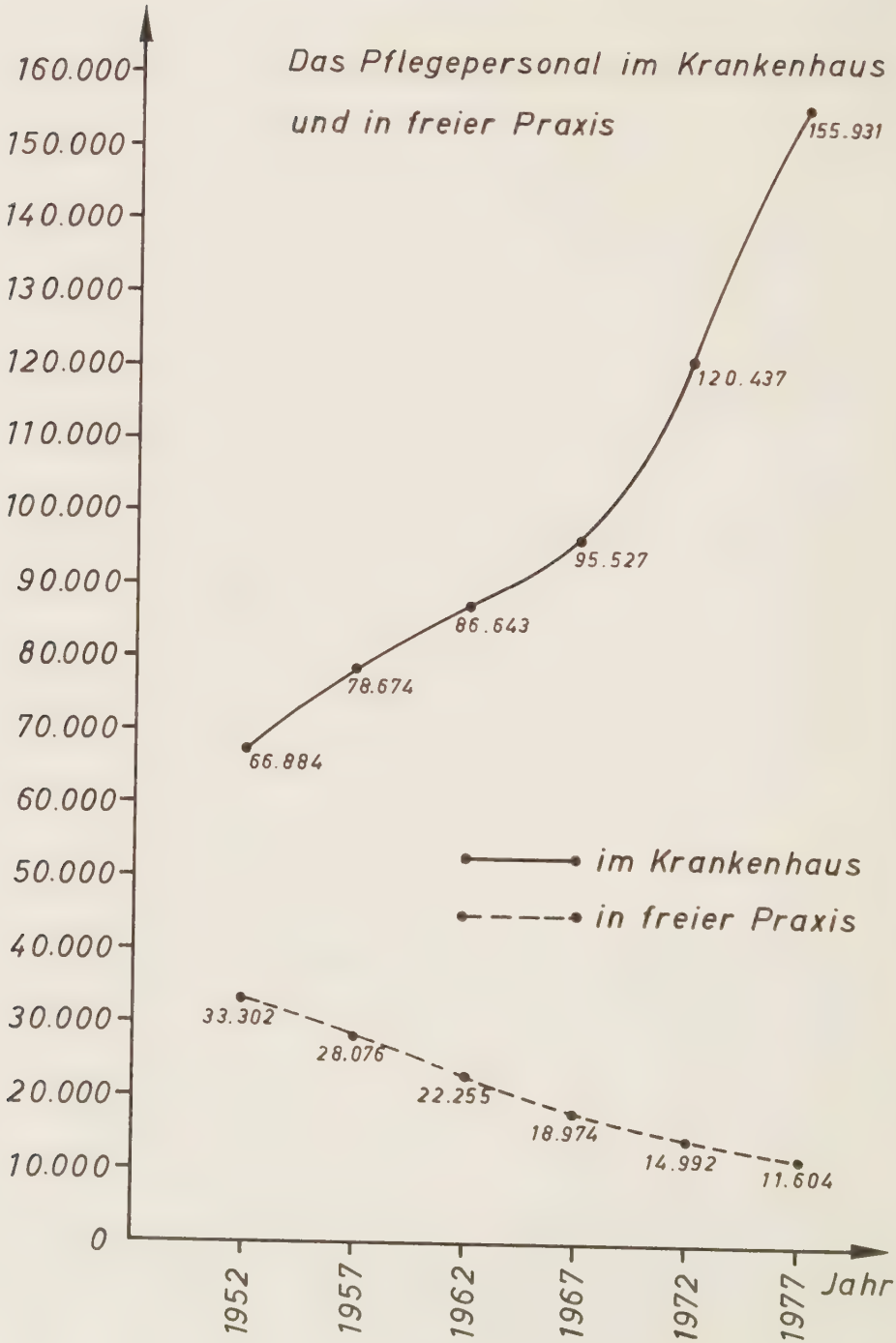


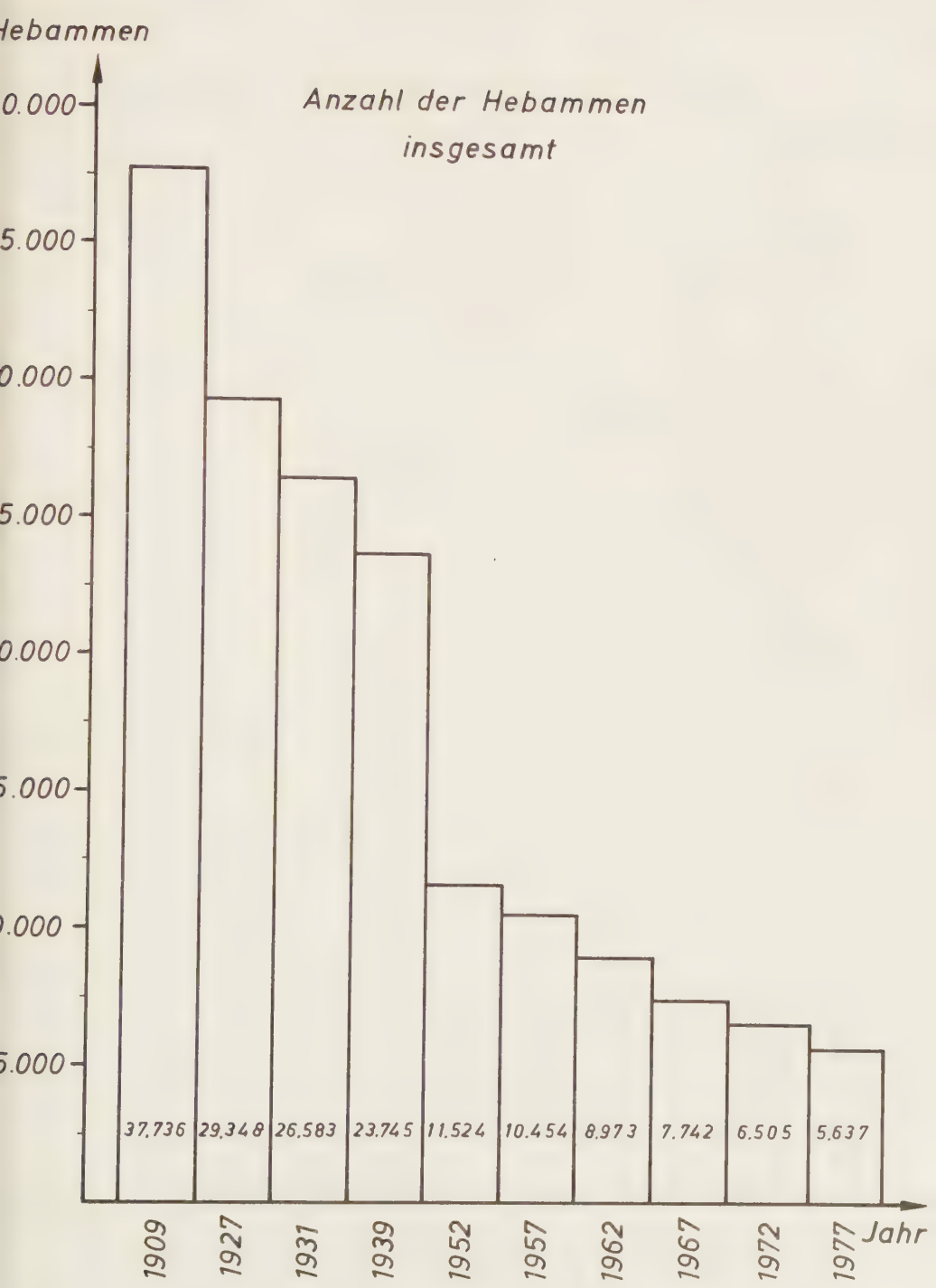

Patienten pro Arzt mit Differenzierun
nach funktioneller Stellung
Patienten
3.000
2.700
2.400
2.100
1.800
1.500
1.200
900
600
300
0
2857,2
2504,3
2061,1
1681,8
1382,5
1369,8
1335,2
1391,6
1289
1222,7
1220,8
1098,5
Leitender Arzt
Oberarzt
Assistenzarzt
519,6
513,5
571,6
477,1
323,4
293
1953
1957
1962
1967
1972
1977
Jahr


Vergleich zwischen Fachärzten und Ärzten ohne Facharzttätigkeit
%
70
60
50
40
30
20
10
0
68,9
62,5
57,4
56,4
57,7
53,1
31,1
37,5
42,6
43,6
42,3
46,9
Fachärzt insgesamt
Ärzte ohne Facharzttätigkeit insgesamt
1952
1957
1962
1967
1972
1977
Jahr

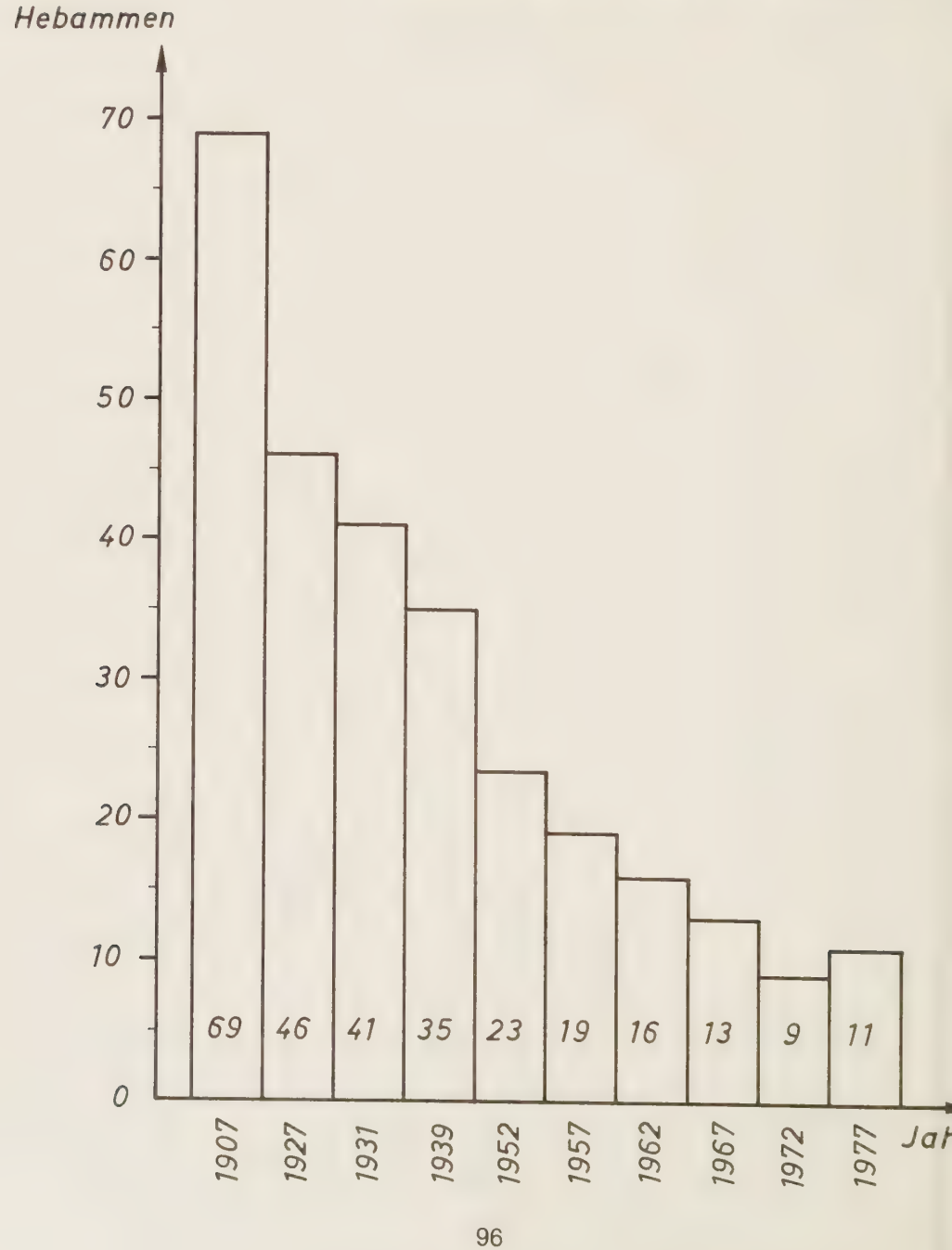

Pflegepers.
Das Pflegepersonal insgesamt
weibliches Pflegepersonal
160.000
150.000
140.000
130.000
120.000
110.000
100.000
90.000
80.000
70.000
60.000
50.000
40.000
30.000
20.000
10.000
0
68.818
88.872
115.048
132.288
106.750
100.186
108.898
114.499
135.429
167.535
55.937
74.893
93.952
111.603
91.621
97.756
97.703
101.088
104.935
123.
insgesamt
weiblich
1909
1927
1931
1938
1952
1957
1962
1967
1972
1977
Ja

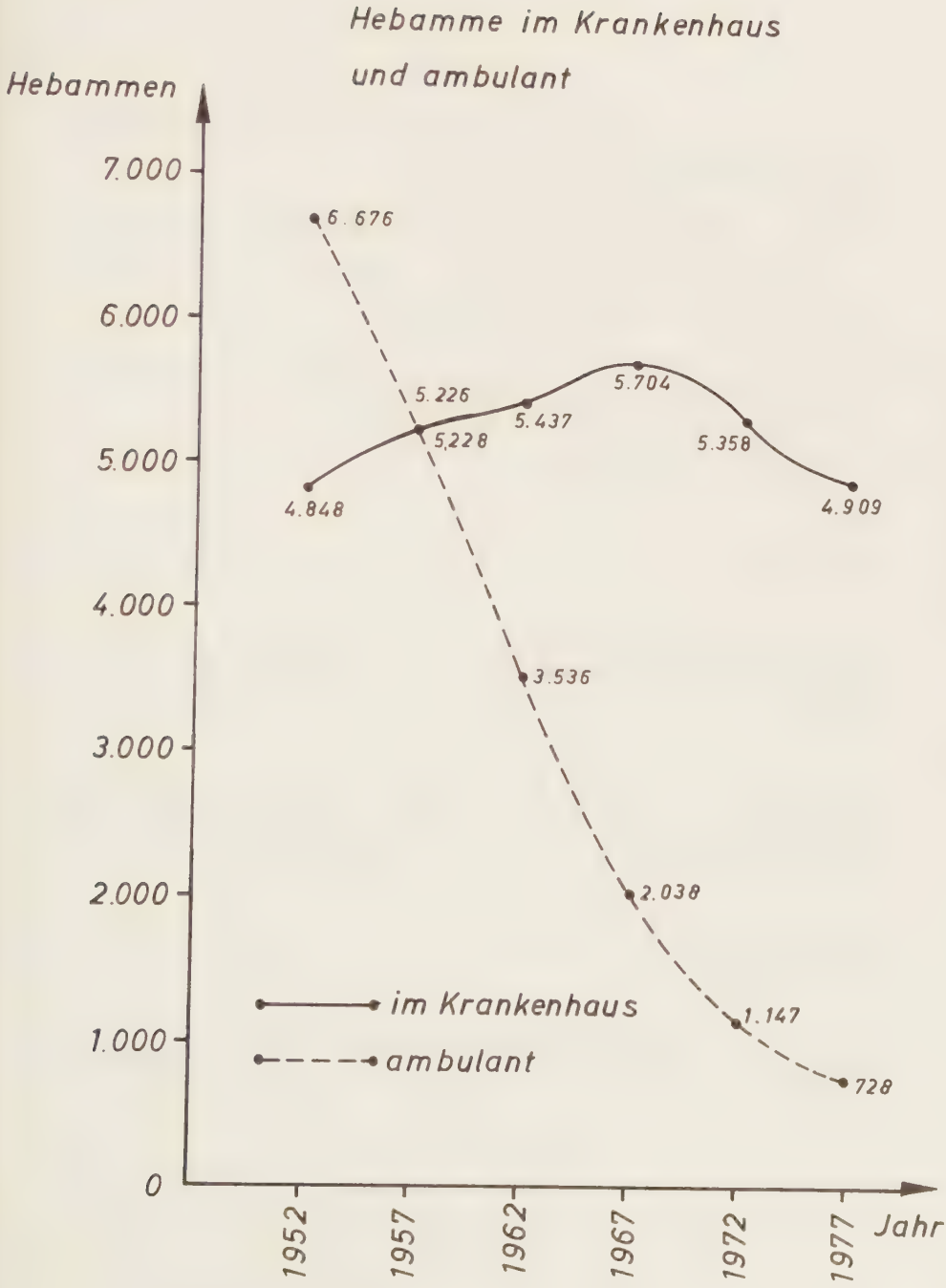

Pflege-
ersonal
Das Pflegepersonal auf
100.000 Einwohner
280
260
240
220
200
180
160
140
120
100
80
60
40
20
0
108
141
178
197
200
198
190
191
220
273
1909
1927
1931
1939
1952
1957
1962
1967
1972
1977
Jahr


Das Pflegepersonal im Krankenhaus
und in freier Praxis
160.000
150.000
140.000
130.000
120.000
110.000
100.000
90.000
80.000
70.000
60.000
50.000
40.000
30.000
20.000
10.000
0
66.884
78.674
86.643
95.527
120.437
155.931
33.302
28.076
22.255
18.974
14.992
11.604
im Krankenhaus
in freier Praxis
1952
1957
1962
1967
1972
1977
Jahr


Hebammen
Anzahl der Hebammen
insgesamt
0.000
5.000
0.000
5.000
0.000
5.000
.000
5.000
37.736
29.348
26.583
23.745
11.524
10.454
8.973
7.742
6.505
5.637
1909
1927
1931
1939
1952
1957
1962
1967
1972
1977
Jahr

Hebammen auf 100.000 Einwohner




Hebamme im Krankenhaus
und ambulant
Hebammen
7.000
6.000
5.000
4.000
3.000
2.000
1.000
0
6.676
5.226
5.228
5.437
5.704
5.358
4.848
4.909
3.536
2.038
1.147
728
im Krankenhaus
ambulant
1952
1957
1962
1967
1972
1977
Jahr

Lebenslauf

Am 11.07.1936 wurde ich in Teschen O/S als Tochter von Jakob und Lydia Kajetanowicz geboren.

Von 1942 bis 1949 besuchte ich in meinem Geburtsort die Volksschule.

Von 1949 bis 1954 erfolgte meine Weiterbildung am dortigen Gymnasium, an dem ich 1954 die Reifeprüfung bestand.

Ab 1954 studierte ich an der medizinischen Akademie in Hindenburg Medizin und legte dort 1962 das Staatsexamen ab.

Von 1962 bis 1963 fand meine Ausbildung als Medizinalassistentin im Krankenhaus in Tichau statt.

1964 heiratete ich Arkadius Drabik, 1966 wurde Attyla, unser einziges Kind, geboren.

Meine Fachausbildung als Internistin fand in der Zeit von 1964 bis 1967 im Städtischen Krankenhaus von Tichau statt und wurde von 1967 bis 1970 an der Universitätsklinik in Hindenburg-Kattowitz fortgesetzt.

Im September 1971 bestand ich dort nach meiner Ausbildung als Fachärztin für Innere Medizin die Abschlußprüfung und übte meine Tätigkeit als Internistin in Gora, Bez. Breslau, sowohl in eigener Praxis als auch im Bezirksambulatorium weiter aus.

Von 1973 bis 1974 übernahm ich die Funktion einer Stationsärztin im Krankenhaus Kelheim.

Seit Oktober 1974 übe ich meinen Beruf als niedergelassene Ärztin in Dinslaken aus, in meiner allgemeinen, jedoch internistisch ausgebauten Praxis.